

AME AMÉRICO BRASILIENSE

PROTOCOLO DE ACESSO

2024

PROTOCOLO DE ACESSO DO AME DE AMÉRICO BRASILIENSE - 2024

Sumário

1.	Introdução	9
2.	Alergologia	10
2.1.	Urticária e Angioedema refratários	10
2.2.	Asma grave e/ou de difícil controle.....	10
2.3.	Rinite refratária	11
2.4.	Alergias alimentares no adulto.....	11
2.5.	Esofagite eosinofílica no adulto.....	12
2.6.	Dermatite atópica no adulto	12
2.7.	Dermatite de contato no adulto	13
2.8.	Alergias oculares no adulto.....	13
3.	Cardiologia	14
3.1.	Angina Estável.....	14
3.2.	Angina Instável	14
3.3.	Insuficiência Cardíaca.....	15
3.4.	Hipertensão Arterial	15
3.5.	Sincope	16
3.6.	Arritmia	16
3.7.	Sopro Cardíaco.....	17
3.8.	Reavaliação Cardiológica	18
4.	Cirurgia de Cabeça e Pescoço.....	18
4.1.	Nódulos tireoidianos e bócio	18
4.2.	Hiperparatireoidismo primário	19
4.3.	Nódulos, cistos e massas cervicais.....	19
4.4.	Sialodenites	20
4.5.	Tumores e cistos de glândulas salivares maiores	21
4.6.	Lesões malignas ou potencialmente malignas da cavidade oral ou lábio.....	21
4.7.	Tumores da laringe ou faringe	22
4.8.	Tumores cutâneos ou craniofaciais.....	22
5.	Cirurgia geral	23
5.1.	Hérnia Inguinal	23
5.2.	Hérnia Umbilical e Epigástrica	23
5.3.	Colecistopatia Crônica calculosa	23
6.	Cirurgia plástica	24
6.1.	Exérese de tumores de pele e anexos:	24

6.2.	Reconstruções.....	24
6.3.	Blefaroplastia.....	24
6.4.	Otoplastia.....	25
6.5.	Abdominoplastia.....	25
6.6.	Mamoplastia redutora / mastopexia /plástica mamária feminina.....	26
6.7.	Rinoplastia.....	26
6.8.	Ginecomastia ou Plástica mamária masculina.....	27
6.9.	Reconstrução mamária pós mastectomia.....	27
6.10.	Cirurgia plástica pós bariátricos.....	28
6.11.	Critérios de exclusão.....	28
7.	Cirurgia torácica.....	29
7.1.	Tórax escavado/carinado/deformidades congênitas.....	29
7.2.	Estenose traqueal.....	29
7.3.	Traqueostomia.....	29
7.4.	Pneumotórax.....	30
7.5.	Corpo estranho em vias respiratórias.....	30
7.6.	Tumores e doenças do mediastino.....	30
7.7.	Tumores de parede torácica.....	30
7.8.	Nódulo de pulmão.....	31
7.9.	Derrame Pleural.....	31
7.10.	Pneumonia complicada.....	31
7.11.	Complicações da tuberculose.....	31
7.12.	Doenças pulmonares intersticiais.....	32
7.13.	Hiperidrose.....	32
8.	Cirurgia vascular.....	32
8.1.	Tromboembolismo Venoso (TEV).....	32
8.2.	Insuficiência Venosa Crônica.....	33
8.3.	Doença Arterial Obstrutiva Periférica.....	33
8.4.	Doenças dos Vasos Extracranianos (Carótidas e Vertebrais).....	34
9.	Dermatologia.....	35
9.1.	Quelóides.....	35
9.2.	Onicocriptose.....	35
9.3.	Fibroma Mole.....	36
9.4.	Cistos Sebáceos.....	36
9.5.	Lipom.....	37
9.6.	Verrugas.....	37
9.7.	Câncer de pele.....	37
9.8.	Nevos Melanocíticos.....	38
9.9.	Urticária.....	38
9.10.	Ptiríase Versicolor.....	39

9.11.	Ptíriase Alba	39
9.12.	Piodermites	39
9.13.	Onicomicose.....	40
9.14.	Molusco Contagioso	40
9.15.	Hanseníase.....	41
9.16.	Dermatite de Contato	41
9.17.	Condiloma Acuminado.....	42
9.18.	Acne Vulgar Grave	42
9.19.	Psoríase.....	43
9.20.	Hidradenite Supurativa	43
10.	Endocrinologia.....	44
10.1.	Hipotireoidismo	44
10.2.	Hipertireoidismo.....	44
10.3.	Nódulos tireoidianos e Bócio	44
10.4.	Hiperparatireoidismo Primário	45
10.5.	Hiperparatireoidismo.....	46
10.6.	Osteoporose	46
10.7.	Insuficiência Adrenal.....	48
10.8.	Síndrome de Cushing	49
10.9.	Acromegalia.....	49
10.10.	Hiperprolactinemia	50
10.11.	Hipogonadismo Masculino	50
10.12.	Tumores Hipofisários.....	51
10.13.	Tumores Adrenais	51
10.14.	Diabetes Mellitus	52
10.15.	Diabetes Insipidus	52
11.	Gastroenterologia	53
11.1.	Constipação Intestinal.....	53
11.2.	Colite Ulcerativa.....	54
11.3.	Doença de Crohn.....	54
11.4.	Síndrome do Cólon Irritável	54
11.5.	Cirrose Hepática	55
11.6.	Doença Ulcerosa Péptica	55
11.7.	Doença Celíaca	56
11.8.	Gastrite	56
11.9.	Pancreatite Crônica	57
11.10.	Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (Esteatose Hepática)	57
12.	Ginecologia	58
12.1.	Sangramento uterino anormal.....	58
12.2.	Incontinência Urinária	58

12.3.	Prolapso Genital	59
12.4.	Dor Pélvica Crônica	59
12.5.	Lesões Anexiais	60
12.6.	Cistos Vulvovaginais.....	60
12.7.	Esterilização Feminina.....	61
12.8.	Cirurgia íntima feminina:	61
13.	Hematologia	62
13.1.	Anemia	62
13.4.	Trombocitose	64
13.5.	Citopenias (Bicitopenia ou Pancitopenia).....	65
13.6.	Leucopenia	65
13.7.	Leucocitose	66
13.8.	Distúrbios Hemorrágicos.....	67
13.9.	Trombofilias	68
13.11.	Hiperferritinemia	70
14.	Infectologia	71
14.1.	HIV	71
14.2.	Sífilis	71
14.5.	Leishmaniose Visceral.....	73
14.7.	Herpes Simples de Repetição.....	74
14.8.	Infecção do Trato Urinário de Repetição	75
14.9.	Hepatites Virais	75
15.	Mastologia	76
15.1.	Investigação de Lesões suspeitas de malignidade ao exame de imagem	76
15.2.	Lesões ou Nódulos benignos palpáveis	77
15.3.	Mama ou mamilos supranumerários ou axilares	78
16.	Nefrologia	78
16.1.	Doença Renal Crônica.....	78
16.2.	Litíase Renal para avaliação metabólica	79
16.3.	Proteinúria	80
16.4.	Doença policística renal	80
16.5.	ITU de repetição	81
16.6.	Hipertensão Arterial sistêmica resistente	81
17.	Neurologia	82
17.1.	Patologias atendidas	82
17.2.	Patologias não atendidas.....	82
18.	Oftalmologia	84
18.1.	Catarata.....	84
18.2.	Pterígio	84
18.3.	Entrópio	84
18.4.	Ectrópio	84

18.5.	Lagoftalmo.....	85
18.6.	Ptose.....	85
18.7.	Dermatocalase.....	85
18.8.	Lesões palpebrais.....	86
18.9.	Obstrução de via lacrimal.....	86
18.10.	Estrabismo.....	86
19.	Ortopedia geral.....	87
19.1.	Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar.....	87
19.2.	Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical.....	87
19.3.	Dor no Ombro.....	87
19.4.	Dor no Quadril.....	88
20.	Ortopedia joelho.....	89
20.1.	Lesão Meniscal.....	89
20.2.	Lesão do Ligamento Cruzado Anterior.....	89
20.3.	Condropatia Femoropatelar (Condromalácia).....	89
20.4.	Tendinite Patelar.....	90
20.5.	Tendinite Quadriciptal.....	90
20.6.	Tendinite da Pata de Ganso.....	91
21.	Ortopedia mão.....	91
21.1.	Cisto Sinovial.....	91
21.2.	Dedo em Gatilho.....	91
21.3.	Dedo em Martelo.....	92
21.4.	Lesão do plexo Braquial.....	92
21.5.	Síndrome do túnel do carpo.....	92
21.6.	Tendinite e Bursite.....	92
21.7.	Tenossinovite de Quervain.....	93
21.8.	Tumores de partes moles das mãos.....	93
21.9.	Esporão do calcâneo.....	93
21.10.	Osteoartrite.....	94
21.11.	Doença de dupuytren.....	94
21.12.	Pseudoartrose de escafoide.....	94
21.13.	Polidactilia.....	95
21.14.	Sindactilia.....	95
21.15.	Traumatismo antigo de tendões ou nervos do antebraço e mão.....	95
21.16.	Doença de kienbock.....	95
22.	Ortopedia pé.....	96
22.1.	Pé torto congênito.....	96
22.2.	Pé plano.....	96
22.3.	Pé cavo.....	96
22.4.	Hálux valgo.....	97

22.5.	Hálux rígido	97
22.6.	Metatarsalgia	98
22.7.	Neuroma de Morton	98
22.8.	Garra dos dedos	98
22.9.	Fasceíte plantar (Esporão do calcâneo)	99
22.10.	Tendinites (Aquiles, Fibulares, Tibial posterior, etc)	99
22.11.	Artrose do pé e tornozelo	99
22.12.	Sequelas de fraturas do pé e tornozelo	100
22.13.	Cisto sinovial no pé	100
22.14.	Fibromatose plantar	101
23.	Otorrinolaringologia	101
23.1.	Amigdalite Crônica	101
23.2.	Hipertrofia Adenoamigdaliana	102
23.3.	Laringite crônica	102
23.4.	Obstrução Nasal Crônica	102
23.5.	Otite Média Crônica (OMC)	103
23.6.	Otite Média Crônica Colesteatomatosa	103
23.7.	Rinossinusite Crônica	104
23.8.	Tumores Nasais E Paranasais	104
23.9.	Rinite	105
23.10.	Otite Média Serosa Ou Secretora	105
23.11.	Cerume Impactado	106
23.12.	Zumbido	106
23.13.	Vestibulopatia Periférica	107
24.	Pneumologia	107
24.1.	Tosse	107
24.2.	Nódulo Pulmonar Solitário	108
24.3.	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	108
24.4.	Asma	109
25.	Proctologia	109
25.1.	Doença hemorroidária	109
25.2.	Fissura anal	110
25.3.	Fístula anorretal	110
25.4.	Plicoma	111
25.5.	Cisto pilonidal	111
25.6.	Hidradenite supurativa	111
25.7.	Doença diverticular dos cólons	112
25.8.	Pólipo colônico	112
25.9.	Constipação intestinal	113
25.10.	Ostomias (ileostomias e colostomias)	113

25.11.	Condiloma acuminado/ verrugas virais anorretais.....	114
25.12.	Prolapso retal / retocele	114
25.13.	Hemorragia digestiva baixa	114
25.14.	Suspeita De Doença Inflamatória Intestinal.....	115
25.15.	Megacólon.....	115
26.	Reumatologia	116
26.1.	Fibromialgia	116
26.2.	Artrite Reumatóide.....	116
26.3.	Espondiloartrites	117
26.4.	Osteoartrose	117
26.5.	Gota	118
26.6.	Lúpus Eritematoso Sistêmico.....	118
27.	Urologia	118
27.1.	Cistite de repetição	119
27.2.	Cistite intersticial.....	119
27.3.	Obstrução do trato urinário	119
27.4.	Litíase renal	120
27.5.	Hematúria a esclarecer.....	120
27.6.	Prostatite	121
27.7.	Epididimite.....	121
27.8.	Hiperplasia prostática benigna.....	122

1. Introdução

O Ambulatório Médico de Especialidades (AME) é um centro ambulatorial de diagnóstico e orientação terapêutica em especialidades médicas, de curta permanência, alta resolutividade e com ênfase nas necessidades da Atenção Primária.

O AME tem por finalidade facilitar e ampliar o acesso dos usuários SUS à média complexidade através da oferta de consultas, exames e cirurgias ambulatoriais. No AME Américo Brasiliense são oferecidas consultas em 24 especialidades médicas, 02 não médicas e em mais de 30 tipos de exames à população dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde, DRS III – Araraquara; A oferta das vagas é realizada através da distribuição mensal ao DRS III, via Portal do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP), que por sua vez redistribui as vagas aos 24 municípios desse Departamento.

Com o intuito de fortalecer a Rede de Saúde e qualificar os encaminhamentos feitos ao AME Américo Brasiliense, foi elaborado este **Protocolo de Acesso**, que abrange os critérios de encaminhamento para todas as especialidades médicas existentes no AME Américo Brasiliense, assim como para as principais patologias atendidas em um serviço ambulatorial de média complexidade.

O presente documento foi elaborado pela Equipe do Matriciamento AME Américo Brasiliense com a colaboração dos profissionais médicos atuantes na Instituição.

2. Alergologia

2.1. Urticária e Angioedema refratários

Definição:

A urticária é definida como uma condição determinada pelo aparecimento de urticas, angioedema ou ambos. A urtica é caracterizada por uma lesão com edema central de tamanho variável, quase sempre circundada por eritema, sensação de prurido ou queimação, e natureza fugaz, com a pele voltando ao seu aspecto normal entre 30 minutos e 24 horas.

O angioedema, por sua vez, se apresenta como edema súbito e pronunciado da derme inferior e subcutâneo, ou mucosas, com sensação de dor mais do que de prurido no local, e resolução mais lenta que as urticas, podendo durar até 72 horas.

Quadro Clínico:

As urticárias se classificam em agudas e crônicas de acordo com o tempo de evolução, sendo que as agudas têm menos de 6 semanas de evolução enquanto que as crônicas têm mais de 6 semanas de evolução, com episódios de recorrência igual ou superior a quatro vezes por semana. A urticária crônica (UC), por sua vez, pode ocorrer espontaneamente, ou ser induzida por estímulos específicos, como frio, calor, pressão, aumento da temperatura corporal, etc, as quais demandam investigação da etiologia com especialista.

Já o angioedema costuma ser uma reação aguda, mas às vezes mediada por mastócitos, causada pela exposição a um fármaco (p. ex., inibidores da enzima conversora da angiotensina), veneno, dieta, pólen ou alérgenos de pelo de animais, idiopática ou de origem hereditária, caracterizada por uma resposta anormal do complemento.

Exames complementares:

Hemograma completo;
Provas de atividade inflamatória (PCR e/ou VHS);TSH;
Anti-TPO; Parasitológico
de fezes.

Quando encaminhar ao AME:

- Urticária crônica (lesões recorrentes por pelo menos seis semanas) refratária ao tratamento clínico;
- Angioedema (mais de um episódio) sem lesões de urticária e sem etiologia identificada;
- Angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão), após avaliação em serviço de urgência/emergência e estabilização do quadro.

2.2. Asma grave e/ou de difícil controle

Definição:

A asma é uma doença comum e heterogênea, caracterizada por inflamação da via aérea, hiper-responsividade brônquica e evolução clínica extremamente variável. Já asma grave é aquela que requer tratamento baseado na GINA, em suas etapas 4 ou 5 (corticosteroide inalatório em alta dose, associado a outro controlador, que poderia ser beta-2 de longa ação, anti-leucotrieno ou teofilina) no último ano ou corticosteroide oral em pelo menos metade do último ano. Pacientes seriam considerados asmáticos graves se necessitassem desse nível de tratamento para evitar descontrole da doença ou permanecessem descontrolados apesar dessa terapêutica.

Quadro Clínico:

Duas ou mais exacerbações no último ano (uso de corticosteroide sistêmico por mais de 3dias);
Uma exacerbação grave no último ano (hospitalização, internação em Unidade de Terapia Intensiva ou necessidade de Ventilação Mecânica);
Limitação ao fluxo aéreo (VEF1 < 80% do predito após broncodilatador na presença de relação VEF1/CVF reduzida);
Controle pobre da asma (Asthma Control Questionnaire ACQ maior que 1,5; Asthma Control Test ACT menor que 20; ou "nao controlada" pelas diretrizes GINA ou National Asthma Education and Prevention

NAEPP).

Exames complementares:

Hemograma completo; IgE total;

Raio-X de tórax (com data);

Espirometria completa (com prova broncodilatadora), com data.

Quando encaminhar ao AME:

Paciente em estágios 4 ou 5 de GINA (corticosteroide inalatório em alta dose, associado a outro controlador, que poderia ser beta-2 de longa ação, anti-leucotrieno ou teofilina);

Paciente com suspeita de asma associada a outras doenças alérgicas (dermatite, rinite, conjuntivite alérgica);

Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise);

Pacientes com indicadores de risco de fatalidade, sendo eles:

- Episódio de crise de asma grave alguma vez na vida (parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI))
- Episódio prévio de hospitalização no último ano
- Três ou mais consultas em serviços de emergência no último ano (apesar de tratamento adequado)
- Paciente com asma e episódios de anafilaxia ou alergia alimentar conhecida.

2.3. Rinite refratária

Definição:

Rinite é a inflamação e ou disfunção da mucosa de revestimento nasal, e é caracterizada por alguns dos sintomas nasais: obstrução nasal, rinorréia anterior e posterior, espirros, prurido nasal e hiposmia. Geralmente ocorrem durante dois ou mais dias consecutivos por mais de uma hora na maioria dos dias.

Quadro Clínico:

Rinite Persistente consiste naquela em que há presença de sintomas por 4 dias ou mais na semana, por período maior ou igual a 4 semanas.

Rinite Moderada / Grave é caracterizada pela presença de uma ou mais das alterações abaixo:

- sono anormal;
- interferência com atividades diárias, esportivas e de recreação;
- dificuldades na escola e no trabalho;
- sintomas incômodos com prejuízo na qualidade de vida.

Exames complementares:

Hemograma completo;

IgE total;

Descrição de raio-x de cavum (com data).

Quando encaminhar ao AME:

Ausência de resposta após três meses de tratamento prévio (especificar tratamento);

Presença de outros estigmas alérgicos associados (como asma, sinusite, conjuntivite, polipose nasal ou otite média);

Quadros de Rinite Persistente ou Moderada/Grave.

2.4. Alergias alimentares no adulto

Definição:

A alergia alimentar é definida como uma doença consequente a uma resposta imunológica anômala, que ocorre após a ingestão e/ou contato com determinado (s) alimento (s). De acordo com os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, essas reações podem ser imunológicas ou não-imunológicas.

Quadro Clínico:

Manifestações cutâneas: variando desde sinais de Dermatite atópica até quadros graves de urticária e angioedema;

Manifestações gastrintestinais: caracteriza-se por náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia que aparecem em minutos ou até duas horas após a ingestão do alérgeno mas pode também se manifestar nas formas de Esofagite, Gastrite e Duodenite eosinofílicas, Refluxo gastroesofágico e Constipação intestinal;

Manifestações respiratórias: apesar dos sintomas nasais e da dispneia serem frequentes como sintomas gerais na anafilaxia por alimentos, a asma e a rinite isoladas podem ocorrer como expressão de alergia alimentar;

Manifestações sistêmicas: Anafilaxia.

Exames complementares:

Hemograma completo;

IgE total.

Quando encaminhar ao AME:

Todos os pacientes com suspeita de alergia alimentar, excluindo intolerância alimentar.

2.5. Esofagite eosinofílica no adulto

Definição:

A esofagite eosinofílica é uma doença inflamatória do esôfago, desencadeada devido a resposta imunológica anômala frente ao contato com antígenos em indivíduos geneticamente predispostos. Constitui a principal causa de disfagia crônica em jovens e adultos e apresenta importante associação com alergias, sendo recentemente reconhecida como manifestação tardia da marcha atópica.

Quadro Clínico:

As manifestações clínicas variam de acordo com a idade do paciente. Na população pediátrica, a recusa alimentar, dor abdominal, náuseas e vômitos são sintomas frequentes, estando, por vezes, associados à má progressão pênodo-estatural. No adulto, os sintomas predominantes são a disfagia, impactação alimentar esofágica, pirose e demais sintomas de Doença do Refluxo Gastroesofágico.

Exames complementares:

Endoscopia com biópsia mostrando infiltração eosinofílica (≥ 15 eosinófilos/campo de alta potência) ou alterações endoscópicas sugestivas da doença.

Quando encaminhar ao AME:

Pacientes que apresentem sintomas dispépticos associados a quadro atópico (asma, rinite, dermatite de contato);

Todos os casos suspeitos ou confirmados de Esofagite Eosinofílica.

2.6. Dermatite atópica no adulto

Definição:

A dermatite atópica é uma doença inflamatória da pele, de caráter crônico e recidivante, caracterizada por prurido intenso e lesões eczematosas que se iniciam em 85% dos casos, na primeira infância. Sua associação com outras manifestações atópicas, como a asma e a rinite alérgica é frequente.

Quadro Clínico:

Sua lesão clássica é o eczema, que pode ser definido como uma dermatite, com achados clínicos típicos (prurido, eritema, pápula, seropápula, vesículas, escamas, crostas e liquenificação). As características clínicas variam de acordo com a faixa etária do paciente e pode se manifestar desde quadros mais leves e localizados até formas mais graves e disseminadas. Na fase adulta, a liquenificação é o achado mais importante, localizada principalmente nas regiões flexurais dos braços e pernas, pescoço e nas mãos. Geralmente os indivíduos que na infância apresentaram formas graves da doença são candidatos naturais à manutenção da doença na idade adulta.

Exames complementares:

Hemograma completo; IgE total.

Quando encaminhar ao AME:

Dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave;
Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de três meses;
Dermatite atópica recidivante (três ou mais recidivas em um período de seis meses) apesar do tratamento clínico otimizado

2.7. Dermatite de contato no adulto

Definição:

Dermatite de contato é uma reação inflamatória cutânea desencadeada pelo contato com substância exógena. Na sua forma aguda manifesta-se com pápulas eritematosas, vesículas e lesões crostosas; já na forma crônica, ocorre liquenificação, fissuras e descamação da pele.

Quadro Clínico:

Os sintomas são variáveis e dependem da causa: ardor ou queimação até intenso prurido. As reações alérgicas podem ocorrer repentinamente ou meses após a exposição a uma substância, o que pode dificultar na descoberta do agente causador da alergia ou irritação.

Exames complementares:

Hemograma completo; IgE Total.

Quando encaminhar ao AME:

Pacientes com eczema refratário e/ou de difícil controle.

2.8. Alergias oculares no adulto

Definição:

Alergia ocular compreende um grupo heterogêneo de doenças imunológicas que afetam os olhos. Ocorre devido a uma reação inflamatória na superfície ocular, envolvendo a conjuntiva, a córnea e as pálpebras. Acomete pessoas de todas as idades, sendo comum a associação com outras doenças alérgicas como a rinite alérgica, asma e dermatite atópica. Em suas formas graves pode levar a inchaço na conjuntiva (quemose), inflamação da córnea (ceratite), deformidade (ceratocone), ulcerações e até dano visual permanente.

Quadro Clínico:

Os sinais e sintomas mais frequentes de alergia ocular são:

- Prurido ocular e periocular;
- Hiperemia conjuntival;
- Lacrimejamento;
- Secreção ocular clara;
- Sensação de visão embaçada;
- Sensação de corpo estranho ocular;
- Fotofobia;
- Edema das pálpebras;
- Olhos doloridos ou sensíveis;
- Acometimento bilateral;
- Presença de outras doenças alérgicas e/ou histórico familiar de alergia.

Exames complementares:

Hemograma completo; IgE Total.

Quando encaminhar ao AME:

Casos onde houver suspeita de etiologia alérgica, após avaliação do oftalmologista.

Não somos referência para:

- Anafilaxias graves
- Alergias a vacinas
- Alergias ao látex
- Alergias a picadas de insetos
- Reações de hipersensibilidade a medicamentos e contrastes
- Imunodeficiências primárias

3. Cardiologia

ORIENTAÇÕES GERAIS

Poderão ser encaminhados para avaliação cardiológica no AME pacientes em atendimento na Atenção Primária ou em Ambulatórios de Especialidades, exceto de Cardiologia, de nível secundário ou terciário, que apresentem as seguintes condições:

3.1. Angina Estável

Definição

Dor sugestiva de isquemia miocárdica (em queimação, aperto ou peso, com piora ao esforço, estresse emocional e melhora com repouso e/ou ao uso de nitrato).

História clínica

Desconforto precordial desencadeado pelo exercício físico ou estresse emocional, dor tipo peso, aperto ou queimação, ou desconforto epigástrico, irradiado para pescoço, membros superiores, região dorsal ou mandíbula. Além disso, podem estar presentes sensação de desmaio, sudorese, náuseas e vômitos.

Exames complementares

É desejável que o paciente seja encaminhado com resultado desses exames, mas não é obrigatório: hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ácido úrico, TSH, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, TGO, TGP, CPK, sódio, potássio e eletrocardiograma. Caso tenha feito outros exames, tais como ecocardiograma, teste ergométrico, cateterismo ou cintilografia do miocárdio, orientar que o paciente leve ao especialista.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com a suspeita diagnóstica.

3.2. Angina Instável

Definição

Dor sugestiva de isquemia miocárdica (em queimação, aperto ou peso, com piora ao esforço, estresse emocional e melhora com repouso e/ou ao uso de nitrato) que surge em repouso, ou que é desencadeada por esforços leves, ou ainda por esforços cada vez menos intensos.

História clínica

Desconforto precordial em repouso ou desencadeado pelo exercício físico, dor tipo peso, aperto ou queimação, ou desconforto epigástrico, irradiado para pescoço, membros superiores, região dorsal ou mandíbula. Além disso, podem estar presentes sensação de desmaio, sudorese, náuseas e vômitos. Sintomas presentes em repouso, ou aos pequenos esforços, ou provocados por esforços cada vez menos intensos.

Exames complementares

Obrigatórios: eletrocardiogramas e dosagem de marcadores de lesão miocárdica (troponina e/ou CKMB) seriados na observação realizada em Unidade de Pronto Atendimento ou Unidade de Emergência. Hemograma e dosagem de creatinina.

É desejável que o paciente seja encaminhado já com esses exames, mas não é obrigatório: glicemia de

jejum, hemoglobina glicada, ácido úrico, TSH, colesterol total e frações, triglicerídeos, ureia, TGO, TGP, CPK, sódio e potássio.

Caso tenha feito outros exames, tais como ecocardiograma, teste ergométrico, cateterismo ou cintilografia do miocárdio, orientar que o paciente leve ao especialista.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com suspeita diagnóstica, já avaliados em Unidade de Pronto Atendimento ou Unidade de Emergência e estratificado como sendo de risco baixo ou intermediário (marcadores de lesão miocárdica negativos, ausência de alterações dinâmicas de eletrocardiograma que caracterizem alto risco, sem recorrência de sintomas).

3.3. Insuficiência Cardíaca

Definição

Incapacidade de o coração manter o débito cardíaco adequado ou necessidade de pressão de enchimento de suas câmaras aumentada para garantir débito adequado. Múltiplas são as etiologias, sendo a mais frequente a hipertensão arterial sistêmica.

História clínica

Dispneia paroxística noturna, estase jugular, estertores pulmonares, cardiomegalia, edema agudo pulmonar, edema de membros inferiores, tosse noturna, hepatomegalia, derrame pleural, taquicardia, ascite, melhora clínica com tratamento diurético e balanço hídrico negativo efetivo.

Crítérios de Framingham (2 Maiores ou 1 Maior e 2 Menores):

MAIORES	MENORES
Dispneia paroxística noturna	Tosse noturna
Perda 4,5 kg/5 dias tratamento	Edema tornozelos bilateral
Turgência jugular patológica	Dispneia aos esforços
Estertores crepitantes	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Capacidade vital reduzida a 1/3 do normal
PVC > 16 cmH ₂ O	Taquicardia > 120 bpm
Refluxo hepatojugular	
Cardiomegalia no Rx	
Galope de B3	

Exames complementares

É desejável que o paciente seja encaminhado já com esses exames, mas não é obrigatório: hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ácido úrico, TSH, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, TGO, TGP, CPK, sódio, potássio, raio-x de tórax e eletrocardiograma.

Caso tenha feito outros exames, tais como ecocardiograma, teste ergométrico, cateterismo, orientar que o paciente leve ao especialista.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes sintomáticos com suspeita de insuficiência cardíaca baseada nos critérios de Framingham, ou aqueles em que se diagnosticou disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (FEVE < 50%), mesmo que assintomáticos.

3.4. Hipertensão Arterial

Definição

Elevação sustentada da pressão arterial sistêmica, de acordo com os critérios das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020 das Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia, ou de suas atualizações, sendo elas: PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva.

História clínica

Pressão arterial sistêmica persistentemente elevada medida com técnica correta em consultório, na residência ou pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). Geralmente não é acompanhada por sintomas.

Exames complementares

Obrigatórios: creatinina, ureia, sódio potássio.

É desejável que o paciente seja encaminhado com resultado desses exames, mas não é obrigatório: hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ácido úrico, TSH, colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, CPK, urina rotina, eletrocardiograma.

Caso tenha feito outros exames, tais como raio-x de tórax, ecocardiograma, teste ergométrico, cateterismo, orientar que o paciente leve ao especialista.

Quando encaminhar para o AME

Suspeita de hipertensão arterial secundária, conforme definição das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020 das Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia, ou de suas atualizações. É a forma de hipertensão arterial decorrente de uma causa identificável, que pode ser tratada com uma intervenção específica, a qual determina a cura ou a melhora do controle pressórico. As principais causas são: Doença renal parenquimatosa; Estenose de artéria renal; Apneia obstrutiva do sono; Coarctação de aorta; Hiperaldosteronismo primário; Feocromocitoma e paragangliomas; Hipo ou Hipertireoidismo; Hiperparatireoidismo; Síndrome de Cushing; Obesidade e Acromegalia.

Observação: na suspeita de causa específica de hipertensão arterial secundária, o encaminhamento deverá ser feito conforme a hipótese diagnóstica (por exemplo: na suspeita de síndrome da apneia do sono, encaminhar para otorrinolaringologista ou pneumologista; na suspeita de síndrome de Cushing, encaminhar para endocrinologista; na suspeita de doença renal crônica, encaminhar para nefrologista)

3.5. Sincope**Definição**

Perda súbita e transitória da consciência e do tônus postural.

História clínica

Episódio de perda súbita e transitória da consciência e do tônus postural. Aumentam a probabilidade de causa cardíaca quando precedidos por sintomas como palpitações, dor torácica ou dispneia, ou quando o paciente sabidamente apresenta doenças cardíacas como insuficiência cardíaca ou doença arterial coronariana, ou ainda, quando apresenta histórico familiar de morte súbita em jovem.

Exames complementares

É desejável que o paciente seja encaminhado com resultado desses exames, mas não é obrigatório: eletrocardiograma.

Caso tenha feito outros exames, tais como Holter, raio-x de tórax, ecocardiograma, teste ergométrico, cateterismo, hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ácido úrico, TSH, colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, CPK, orientar que o paciente leve ao especialista.

Quando encaminhar para o AME

Síncope com suspeita de causa cardíaca em que a avaliação inicial em Unidade de Pronto Atendimento ou Unidade de Emergência não foi diagnóstica ou que tenha definido a causa como cardíaca, mas que o paciente ainda não tenha sido avaliado por um cardiologista.

3.6. Arritmia**Definição**

Alteração do ritmo normal do coração que pode se caracterizar por frequência cardíaca acima ou abaixo do esperado para a situação, ou por irregularidade do ritmo.

História clínica

Sensação de palpitações, acelerações ou falhas nos batimentos. Frequência cardíaca inadequada para a situação observada no exame físico. Alteração da origem ou da condução elétrica cardíaca que provoca alteração do ritmo documentada em eletrocardiograma ou em outro exame complementar.

Exames complementares

É desejável que o paciente seja encaminhado com resultado desses exames, mas não é obrigatório: eletrocardiograma, hemograma e TSH.

Caso tenha feito outros exames, tais como Holter, raio-x de tórax, ecocardiograma, teste ergométrico, cateterismo, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ácido úrico, colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP e CPK, orientar que o paciente leve ao especialista.

Quando encaminhar para o AME

Sintoma de palpitações sem diagnóstico estabelecido.

Bradycardia associada intolerância a esforços.

Assintomáticos e frequência cardíaca < 50bpm em vigília e ritmo não sinusal ou ritmo sinusal com bloqueio de condução, e sem causas evidentes (medicação, hipotireoidismo etc).

Assintomáticos e frequência cardíaca > 100bpm em repouso e ritmo sinusal sem causas evidentes (ansiedade, anemia, hipertireoidismo, medicação etc).

Diagnóstico inicial de fibrilação ou flutter atrial ainda sem avaliação por cardiologista. Fibrilação ou flutter atrial crônicos com dificuldade de controle da frequência cardíaca.

Assintomáticos com extrassístoles supraventriculares ou ventriculares frequentes (> 240 eventos no Holter de 24 horas) ou episódios de taquicardia supraventricular ou ventricular que ainda não tenham sido avaliados por cardiologista.

3.7. Sopros Cardíaco

Definição

Ruído observado na ausculta cardíaca. Pode ser fisiológico ou funcional (“inocente”) ou patológico.

História clínica

Paciente pode ser assintomático. O sopro fisiológico ou funcional é de baixa intensidade, não está associado a frêmito ou a ruídos acessórios (estalidos ou cliques), é auscultado em pequena extensão do tórax, é sistólico ou contínuo (nunca diastólico), não se associa a alteração de bulhas. Sua ocorrência é favorecida em estados hiperdinâmicos (febre e anemia, por exemplo). Essas características associadas a ausência de sintomas, eletrocardiograma e raio-x de tórax normais tornam muito provável que o sopro seja “inocente”.

Exames complementares

Obrigatórios: eletrocardiograma, raio-x de tórax, hemograma e TSH. Também ecocardiograma, quando houver acesso a esse exame.

É desejável que o paciente seja encaminhado com resultado desses exames, mas não é obrigatório: creatinina, ureia, sódio e potássio.

Caso tenha feito outros exames, tais como teste ergométrico, cateterismo, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ácido úrico, colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP e CPK, orientar que o paciente leve ao especialista.

Quando encaminhar para o AME

Na impossibilidade de solicitação de ecocardiograma, quando da suspeita de sopro cardíaco patológico.

Após a realização do ecocardiograma, no diagnóstico inicial (sem avaliação cardiológica prévia) das seguintes condições:

- estenoses ou insuficiências valvares ao menos moderadas;
- defeitos septais (comunicações interatriais ou interventriculares);
- canal arterial patente;
- coarctação de aorta;

cardiopatias congênitas complexas (por exemplo: defeito do septo atrioventricular, tetralogia de Fallot) devem ser encaminhados preferencialmente para serviços terciários.

3.8. Reavaliação Cardiológica

Definição

Condição que requeira avaliação periódica do especialista, porém que não exija acompanhamento regular em ambulatório especializado.

História clínica

Paciente já avaliado por cardiologista e que apresente alguma condição pela qual foi orientado a ser reavaliado pelo especialista em um período longo durante o qual ficará sob os cuidados da Atenção Básica e, eventualmente, de ambulatório de outra especialidade, seja de nível secundário ou terciário.

Exames complementares

Conforme orientações da contra referência feita pelo cardiologista.

Quando encaminhar para o AME

Conforme orientações da contra referência feita pelo cardiologista.

4. Cirurgia de Cabeça e Pescoço

4.1. Nódulos tireoidianos e bócio

Definição

Os **nódulos tireoidianos** são lesões da glândula tireoide palpáveis ou detectadas à ultrassonografia, distintas do parênquima tireoidiano ao redor.

O **bócio tireoidiano** é definido como aumento do volume da glândula tireoidiana. Pode ser classificado na ultrassonografia como **difuso** (ocorre nas disfunções tireoidianas ou na deficiência de iodo) ou **nodular**. O último é o mais frequente e pode ser **uninodular** ou **multinodular**. O bócio nodular será classificado como **tóxico** quando houver TSH supresso com comprovação na cintilografia de que o nódulo seja hiperfuncionante.

História clínica

95% dos pacientes com nódulo tireoidiano podem ser **assintomáticos**. A apresentação mais comum é de **nodulação visível ou palpável** na topografia da glândula tireoidiana sem outros sintomas associados.

Também é comum na prática clínica os **incidentalomas** (nódulos detectáveis em exames de imagens sem queixas associadas, muitas vezes não palpáveis).

5% desenvolverem **disfunção tireoidiana** e apresentarem clínica de hipertireoidismo

5% dos pacientes podem apresentar **sintomas compressivos** (sensação de *globus* faríngeo, disfagia, dispneia, rouquidão e dor local) – geralmente acontecem em nódulos maiores que 3cm ou bócios

Sinais de alarme para malignidade — crescimento rápido, história prévia de irradiação do pescoço, pacientes jovens (crianças e adultos < 30 anos), história familiar de câncer de tireoide), massa cervical endurecida, pouca mobilidade, sinais sugestivos de obstrução de via aérea ou de paralisia de pregas vocais, linfadenopatia associada

Exames complementares

Avaliação inicial – TSH e ultrassonografia de tireoide

Quando encaminhar para o AME

- Pacientes com nódulos / bócios tireoidianos **devem ser encaminhados para endocrinologia** para propedêutica e compensação clínica quando houver disfunção hormonal.

Devem ser encaminhados CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO APENAS **aqueles que apresentem indicação cirúrgica para hemitireoidectomia ou tireoidectomia total:**

- Bócio com sintomas compressivos ou mergulhantes
- Nódulos acima de 4 cm
- Hipertireoidismo refratário com indicação para tratamento definitivo por cirurgia

- Nódulos com punção insatisfatória ou indeterminada em que não haja critério ou desejo de seguimento clínico-ultrassonográfico
 - Queixa estética
- Bethesda V - VI >> REDE HEBE CAMARGO/ SERVIÇO TERCIÁRIO
- Nódulos suspeitos ou confirmados para câncer de tireoide

4.2. Hiperparatireoidismo primário

Definição

O hiperparatireoidismo é a superprodução desregulada do hormônio da paratireóide (PTH) resultando na homeostase anormal do cálcio.

O hiperparatireoidismo primário é caracterizado por elevação laboratorial dos níveis de cálcio (hipercalcemia), associada a níveis inapropriadamente normais ou elevados do PTH.

História clínica

A apresentação clínica mais comum é hipercalcemia assintomática.

Manifestações esqueléticas – dor óssea, deformidades, osteopenia / osteoporose, fraturas patológicas.

Manifestações renais – poliúria, cálculos renais, hipercalcúria, nefrocalcinose, disfunção renal.

Manifestações gastrointestinais – dor abdominal, náuseas, vômitos, constipação, doençaúlcero-péptica

Manifestações neuromusculares e psicológicas – fadiga, fraqueza muscular, depressão, alteração da concentração e memória.

Manifestações cardiovasculares – arritmias e hipertrofia ventricular.

Exames complementares

O diagnóstico do hiperparatireoidismo é bioquímico e deve ser realizado com avaliação laboratorial do metabolismo do cálcio — PTH, cálcio total, cálcio iônico, albumina, fósforo, 25- OH-Vitamina D, cálcio urinário (urina de 24 horas), creatinina, ureia.

Exames de imagem localizatórios como ultrassonografia cervical e cintilografia de paratireoide deverão ser solicitados apenas por especialista quando o paciente tiver indicação cirúrgica.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com elevação do cálcio ou PTH devem ser encaminhados para ENDOCRINOLOGIA para diagnóstico correto do hiperparatireoidismo primário e compensação clínica E SOMENTE ENCAMINHADOS PARA CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO QUANDO JÁ HOUVER UMA INDICAÇÃO CIRÚRGICA (APÓS AVALIAÇÃO PELO ENDOCRINOLOGISTA, MESMO QUE DE OUTRO SERVIÇO)

Indicação de cirurgia no Hiperparatireoidismo Primário:

- Cálcio sérico >1 mg/dL acima do limite superior do intervalo de referência
- T-score de densidade mineral óssea igual ou inferior a -2,5 (em mulheres na perimenopausa ou pós-menopausa e em homens com 50 anos ou mais) na coluna lombar, quadril total, colo do fêmur ou 1/3 distal do rádio
- Fratura vertebral evidenciada por radiografia ou avaliação de fratura vertebral (VFA)
- Clearance de creatinina < 60 ml/min
- Excreção urinária de cálcio em 24 horas > 400 mg/dia e risco aumentado de cálculo,avaliado por análise bioquímica de risco de cálculo.
- Presença de nefrolitíase ou nefrocalcinose determinada por radiografia, ultrassonografia ou tomografia computadorizada.
- Idade inferior a 50 anos.

Pacientes com hiperparatireoidismo por **Neoplasias Endócrinas Múltiplas** devem ser encaminhados para tratamento e seguimento em serviços terciários.

Pacientes com hipertireoidismo **secundário e terciário** associados a insuficiência renal (pacientes dialíticos ou transplantados renais) devem ser encaminhados a serviços terciários para seguimento e tratamento.

4.3. Nódulos, cistos e massas cervicais

Definição

Aumento de volume localizado na região cervical.

Engloba uma diversidade de diagnósticos diferenciais que podem corresponder a processos inflamatórios / infecciosos, tumores congênitos ou neoplasias benignas e malignas.

As etiologias podem incluir: cistos de fenda branquial ou cisto tireoglossos, tumores benignos primários, tumores malignos primários ou metastáticos, linfadenites, doenças granulomatosas, doenças linfoproliferativas, doenças reumatológicas, malformações vasculares, entre outras.

História clínica

Devido a diversidade de diagnósticos diferenciais, as apresentações clínicas podem ser variadas.

Origem inflamatórias / infecciosas - Geralmente de evolução aguda, dolorosas desde o início, podendo estar associadas a outras sinais e sintomas de processo agudo. Mais comum em indivíduos abaixo de 40 anos.

Lesões congênitas — Manifestam-se mais comumente ao nascimento ou durante infância / adolescência, mas podem permanecer assintomáticas até a fase adulta. Destaque para:

Cisto tireoglossos - nodulação na linha média do pescoço, geralmente próxima ao osso hioide, móvel a protrusão da língua. Pode aumentar de volume durante infecções das vias aéreas superiores e infectarem.

Cistos branquiais - massas cervicais laterais, anteriores ao músculo esternocleidomastoideo, de consistência mole e arredondada. Podem complicar com infecções agudas.

Tumores benignos — crescimento lento e progressivo, geralmente indolores, pouco sintomáticas.

Tumores malignos — crescimento rápido, consistência endurecida, fixas, indolores, podendo apresentar dor em estágios mais avançados por invasão de feixes nervosos. São mais comuns em adultos acima de 40 anos, sobretudo tabagistas. Podem estar associadas a perda de peso, disfagia, odinofagia, disfonía e dispnéia.

Exames complementares

Linfonodomegalias

- Hemograma e PCR
- Sorologias – Epstein-Barr, HIV, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola
- Ultrassonografia cervical

Cistos e massas cervicais

- Hemograma
- Ultrassonografia cervical
- PAAF guiada por ultrassonografia e nasofibrolaringoscopia – pacientes acima de 40anos ou quadro sugestivo de tumor maligno (não aguardar os exames para encaminhar ao especialista !).
- Nunca realizar propedêutica com biópsia incisional / excisional sem avaliação do especialista !

Quando encaminhar para o AME

Sempre encaminhar pacientes com nódulos, cistos e massas cervicais persistentes sem diagnóstico estabelecido.

Pacientes com linfonodomegalias de aspecto inflamatório / reacional com sorologia positiva apontando causa específica devem receber tratamento e seguimento conforme a etiologia. Encaminhar ao Cirurgião de Cabeça e Pescoço casos que persistam apesar do tratamento ou caso apresentar algum sinal de alarme.

Encaminhar com **prioridade alta pacientes com sinais de alarme** como: *idade acima de 40 anos, perda de peso, disfagia / odinofagia, rouquidão ou dispnéia*. Nestes casos, deverá ser solicitada a PAAF guiada por ultrassonografia e fibronasolaringoscopia com prioridade sempre que disponível, desde que não atrase o encaminhamento ao especialista.

Pacientes com citologia sugestiva / compatível com neoplasia maligna devem ser encaminhados a serviço terciário com prioridade.

4.4. Sialodentes

Definição

Sialodentes — inflamação das glândulas salivares. Podem ser classificadas como agudas ou crônicas, de acordo com o tempo de evolução. Também podem ser classificadas em litiásicas ou alitiásicas de acordo com a presença de cálculos.

Sialolitíase formação de cálculos nos ductos das glândulas salivares, sendo mais comum nas glândulas submandibulares e mais raras nas parótidas.

História clínica

As sialodenites se apresentam com aumento de volume na região parotídea ou submandibular, associada a dor local que piora durante as refeições ou estímulo para salivação (sobretudo com alimentos ácidos). Paciente pode queixar-se também de boca seca. Nas sialodenites litíase, em alguns casos, é possível palpar o cálculo próximo a ao orifício externo da glândula. Pode haver relato de eliminação espontânea do cálculo dentro da boca.

Pode ocorrer, infecção secundária da glândula pode estar associada a febre, saída de pus pelos orifício externo do ducto da glândula e celulite / abscesso local.

Pacientes com queixa de boca e olho seco, com episódios recorrentes de sialodenite não litíase, devem ser suspeitos para Síndrome de Sjogren.

Exames complementares

Ultrassonografia de glândulas salivares.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com sialodenite aguda devem ser avaliados em pronto-atendimento.

Encaminhar ao AME pacientes com história ou exames sugestivos de sialodenite aguda recorrente, sialodenite crônica ou sialolitíase.

4.5. Tumores e cistos de glândulas salivares maiores**Definição**

Lesões de natureza cística ou sólida com origem no parênquima ou ductos das glândulas salivares maiores.

História clínica

Nódulos, massas ou aumento de volume palpável na topografia das glândulas salivares maiores (mais comuns – parótida e glândulas submandibulares).

Tumores benignos – crescimento lento e progressivo, geralmente indolor, pouco sintomáticos. Não causam paralisia facial.

Tumores malignos — crescimento rápido e progressivo, consistência endurecida, fixos a mobilização, dolorosos em estágios avançados. Podem estar associados a paralisia facial ipsilateral.

Exames complementares

Ultrassonografia cervical

PAAF – quando disponível (não devendo atrasar o encaminhamento).

Quando encaminhar para o AME

Todas as lesões sólidas e císticas de glândulas salivares maiores devem ser encaminhadas para avaliação pelo especialista.

Em caso de história / exame físico sugestivo de neoplasia maligna, o encaminhamento deve ser realizado com prioridade.

Pacientes que apresentarem PAAF com citologia suspeita ou diagnóstica para neoplasia maligna devem ser encaminhados diretamente a serviços terciários com prioridade.

4.6. Lesões malignas ou potencialmente malignas da cavidade oral ou lábio**Definição**

Lesões que surgem na cavidade oral ou lábios de origem maligna ou potencialmente maligna. O carcinoma espinocelular é a etiologia mais comum de câncer da boca.

História clínica

As lesões potencialmente malignas de boca podem se manifestar como lesões mucosas brancas (leucoplasias) ou vermelhas (eritroplasias).

As lesões neoplásicas da boca geralmente se apresentam como lesões ulceradas, vegetantes ou infiltrativas da mucosa. Podem ser associadas a dor para comer, sialorreia, disfagia, nódulos cervicais, perda de peso, sangramentos. Toda ferida da boca com evolução maior que 2 semanas deve ser suspeita para câncer.

Exames complementares

Biópsia incisional (quando disponível por outros profissionais – otorrinolaringologista, cirurgião dentista, cirurgia geral...)

Ultrassonografia ou tomografia cervical se nódulos cervicais associados

Quando encaminhar para o AME

Sempre encaminhar para avaliação do especialista para diagnóstico e conduta adequada. Pacientes acima de 40 anos, tabagistas ou etilistas, com perda de peso ou disfagia devem ser encaminhados com **prioridade**.

Pacientes com diagnóstico citológico ou anatopatológico positivo para malignidade devem ser encaminhados a serviço terciário.

4.7. Tumores da laringe ou faringe**Definição**

Lesões tumorais com crescimento de origem da laringe ou faringe. Podem ser de causaneoplásica ou benigna.

História clínica

Lesões tumorais da faringe ou laringe podem se apresentar com:

- Disfagia alta e/ou engasgos
- Odinofagia, otalgia reflexa e sialorreia
- Roquidão
- Dispneia
- Sensação de globus faríngeo ou corpo estranho
- Massas cervicais

Sinais de alarme para malignidade — pacientes acima de 40 anos, história de etilismo / tabagismo, perda de peso, linfonodomegalia associada

Exames complementares

Nasofibrolaringoscopia

Ultrassonografia / tomografia cervical se massa palpável

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de tumores da faringe e laringe devem ser sempre encaminhados ao especialista de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Se paciente apresentar sinais de alarme acima listados, o mesmo deverá ser encaminhado com **prioridade**.

4.8. Tumores cutâneos ou craniofaciais**Definição**

Lesões tumorais com origem da pele ou ossos da face que podem ser de origem benigna ou maligna

História clínica

Lesões ulcero-vegetantes ou ulcero-infiltrativas na pele do couro cabeludo, face ou pescoço.

Aumento do volume, deformidade ou massas em ossos da face.

Podem estar associados a dor, sangramento, nódulos cervicais ou alteração de pares cranianos (quando lesões volumosas com comportamento infiltrativo).

Exames complementares

Tomografia de face / pescoço — em caso de lesões de pele acima de 4 cm, sinais / sintomas sugestivos de infiltração local, tumores de origem craniofacial

**tumores em região parietal ou occipital devem ser avaliados também com tomografia de crânio

Quando encaminhar para o AME

Encaminhar todos os casos para avaliação pelo especialista de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de câncer de pele com metástase cervical ou infiltração óssea devem ser

encaminhados para serviço terciário
 Pacientes com lesões de origem óssea devem ser encaminhados para serviço terciário.

5. Cirurgia geral

5.1. Hérnia Inguinal

Definição

Ocorrem na região da virilha e correspondem a 75% de todas as hérnias abdominais São classificadas em 2 tipos de acordo com a suas características:

Diretas: decorrem da fraqueza da parede do canal inguinal, mais comum em idosos e que foram submetidas a grande esforço abdominal

Indiretas: decorrem da persistência do conduto peritoneovaginal, sendo mais comum em crianças e adultos jovens

História clínica

Dor e abaulamento na região inguinal

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos, exceto pacientes que sejam portadores de marcapasso

5.2. Hérnia Umbilical e Epigástrica

Definição

Falha aponeurótica na região da linha alba

História clínica

Dor e abaulamento umbilical e/ou epigástrico
 O diagnóstico é clínico

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos, exceto pacientes que sejam portadores de marcapasso

5.3. Colecistopatia Crônica calculosa

Definição

Processo inflamatório crônico da vesícula biliar causado pela presença de cálculos

História clínica

Dor em hipocôndrio direito tipo cólica, associado ou não à ingestão de alimentos gordurosos
 Muitas vezes o diagnóstico é realizado a partir de um achado de exame

Exames complementares

Ultrassonografia de fígado e vias biliares

Hemograma, Bilirrubina total e frações, TGO, TGP, GamaGT e fosfatase alcalina

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos, exceto pacientes que sejam portadores de marcapasso

6. Cirurgia plástica

6.1. Exérese de tumores de pele e anexos:

Definição

A exérese de tumor de pele é um processo cirúrgico ambulatorial que pode ser aplicado para remoção de lesões de pele e seus anexos, indicado para remoção de tumores tanto benignos, por questões estéticas, quanto malignos, visando a completa extração das lesões com margens cirúrgicas adequadas.

Quadro Clínico

Lesões ou tumores em regiões de face, nariz, orelhas, articulações; pequenas com necessidade de tratamento cirúrgico; lesões com necessidade de enxerto ou retalho, sendo elas benignas ou malignas.

Exames Complementares

Exame anatomopatológico prévio da lesão (se realizado);
Exames de imagem (se realizados).

Quando encaminhar ao AME

Lesões com necessidade de tratamento cirúrgico já definido em localizações difíceis ou áreas especiais (face, nariz, orelhas, articulações), quando não abordadas por dermatologista; Lesões extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto; Estão inclusas nos procedimentos realizados, desde que o tamanho e a complexidade da reconstrução sejam compatíveis com o Hospital. Caso exceda a complexidade do hospital estes casos serão encaminhados ao hospital terciário.

6.2. Reconstruções

Definição

As cirurgias reparadoras ou reconstruções são procedimentos que visam corrigir deformidades congênitas ou adquiridas, seja por trauma, alterações de desenvolvimento, tratamento oncológico ou qualquer outra situação que gere déficit funcional ao paciente. O intuito é recuperar as funções do organismo, deixando-as o mais próximo do normal possível, não sendo consideradas cirurgias estéticas.

Quadro Clínico

A depender da área afetada e tipo de alteração/deformidade.

Exames Complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar ao AME

Algumas reconstruções estão inclusas nos procedimentos realizados no HEAB como: Reconstrução de orelha, lábios, pálpebras e nariz; enxertias em úlceras venosas; cirurgia para correção de úlceras complexas desde que a complexidade não exceda os recursos do HEAB. Algumas cirurgias possuem alguns critérios mais detalhados para a inclusão.

6.3. Blefaroplastia

Definição

A blefaroplastia é uma cirurgia plástica que consiste na retirada do excesso de pele das pálpebras inferiores e/ou superiores, além de posicionar as pálpebras corretamente. Sua principal finalidade é a recuperação funcional, nos casos em que o excesso de pele atrapalha a visão.

Quadro Clínico

Visível excesso de pele em região de pálpebras que causa sensação de peso, cansaço e muitas vezes atrapalham a visão, principalmente no olhar para cima.

Exames Complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar ao AME

A indicação da blefaroplastia superior ocorrerá quando houver comprometimento de campo visual relatada pelo usuário e observado ao exame físico pelo médico; se houver dúvidas quando essa indicação poderá ser solicitado o exame de campimetria. Em algumas ocasiões faz-se necessário realizar lifting de supercílio devido a sua ptose;

- Caso de bolsas adiposas em pálpebras inferiores, que comprometam o campo visual devido a grande extensão ou comprometa a colocação de óculos também será indicada blefaroplastia inferior com exérese das bolsas e/ou reposicionamento das estruturas.

Observação: Blefaroplastia inferior de caráter totalmente estético não será realizada. Porém, se usuário apresentar lagofthimo, ectrópio ou perda de contato da pálpebra com o globo ocular ou alguma queixa pertinente poderá ser realizada a critério médico.

6.4. Otoplastia**Definição**

A Otoplastia é a cirurgia plástica destinada para correção de deformidades na orelha, sendo esta, uma das cirurgias plásticas mais comuns entre crianças e adolescentes. A maioria destas deformidades é congênita e a mais comum delas é a orelha proeminente (em abano).

Quadro Clínico

Situações como orelhas proeminentes (em abano); amputação parcial pós-traumática ou tumorações de pavilhão auricular podem demandar otoplastia a depender da possibilidade que a alteração pode causar em termos de prejuízos sociais e psicológicos.

Exames Complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar ao AME

O critério de indicação será definido através do exame físico: apagamento da antihélice, hipertrofia de conchas, aumento do ângulo cefalo-conchal, aumento do ângulo escafo-conchal, anteriorização do lóbulo;

- Indivíduos com idade entre 6 a 21 anos (A formação da orelha se completa entre 7-8 anos logo é aconselhável indicar cirurgia após essa idade, salvo em caso de deformidade extrema em que a criança demonstre desejo intenso de operar e relatando prejuízo social importante);

Observação: Em crianças a cirurgia só será indicada se a mesma esboçar desejo de operar. Quando a motivação for apenas dos pais ou parentes a cirurgia está contraindicada.

6.5. Abdominoplastia**Definição**

A abdominoplastia é uma cirurgia plástica abdominal cuja finalidade é a retirada do excesso de pele desta região.

Quadro Clínico

Destinado a situações em que se observa presença de abdome em avental (abdome com grande volume e flacidez excessiva formando uma grande dobra que cai sobre a região pubiana do paciente, podendo levar a prejuízos na postura e infecções de pele), diástases volumosas (afastamento dos músculos reto abdominais) ou sequelas de traumas, queimaduras ou cicatrizes extensas em região abdominal.

Exames Complementares

Exames bioquímicos gerais (Hemograma, Coagulograma, Glicemia em jejum, Função renal); Eletrocardiograma.

Quando encaminhar ao AME

A indicação da abdominoplastia ocorrerá caso usuário apresente abdome em avental ou grande diástase que cause prejuízo postural ou dorsalgia; infecções bacterianas ou fúngicas (intertrigo) devido ao grande tamanho. Incluem-se também pacientes com múltiplas cicatrizes abdominais por cirurgias prévias, hérnias abdominais, sequelas de traumas ou queimaduras na região;

O IMC deverá ser menor ou igual a 27; critério que poderá ser revisto de acordo com julgamento médico; a depender do biótipo e necessidades do usuário.

Observação: Não haverá lipoaspiração nas abdominoplastias indicadas.

6.6. Mamoplastia redutora / mastopexia /plástica mamária feminina**Definição**

A mamoplastia redutora é a cirurgia plástica que tem como objetivo remover o excesso de gordura, tecido glandular e pele das mamas, que causam prejuízos à saúde e à qualidade devida do paciente.

Quadro Clínico

O excesso de volume das mamas ou presença de mamas flácidas e ptóticas podem causar dores osteomusculares crônicas em dorso, pescoço e ombros; intertrigo crônico ou dermatite recorrente nas mamas ou no tórax; sulco de pressão da alça do sutiã nos ombros devido ao peso do tecido mamário; sintomas neurológicos associados à compressão do plexo braquial dos membros superiores; prejuízo psicossocial, funcional e baixa auto-estima associada ao tamanho das mamas.

Exames Complementares

Exames bioquímicos gerais (Hemograma, Coagulograma, Glicemia em jejum, Função renal); Ultrassonografia de mamas (para mulheres que tenham idade até 39 anos);Ultrassonografia demamas e Mamografia (para mulheres que tenham idade superior a 39 anos); Eletrocardiograma.

Quando encaminhar ao AME

Mamas com hipertrofia ou ptose mamária que cause prejuízo postural ou dorsalgia, infecções bacterianas ou fúngicas (intertrigo) devido ao grande tamanho;

Assimetria mamária intensa com prejuízo social na qual a assimetria é notada mesmo com vestuário;

Grande aumento do volume mamário ou assimetria que tenham sido descartadas todas aspatologias e distúrbios hormonais persistentes;

Síndrome de Poland ou Síndrome do nevo de Becker com grande assimetria mamária.

Observações:

1- Qualquer procedimento mamário só será realizado após liberação por meio de laudo médico pelo mastologista.

2- Não haverá lipoaspiração nas ginecomastias indicadas.

3- Usuário só será operado se estiver com estabilidade emocional (comprovada por avaliação psicológica), comorbidades controladas e exames pré-operatórios adequados para o procedimento.

4- Mesmo que haja indicação clínica de múltiplas cirurgias, será realizado apenas um procedimento por vez.

5- Não serão realizadas cirurgias de implantes mamários por motivos estéticos.

6- O IMC para qualquer uma das cirurgias acima citadas deverá ser menor ou igual a 27, critério que poderá ser revisto de acordo com julgamento médico; e a depender do biótipo do paciente.

6.7. Rinoplastia**Definição**

A rinoplastia é uma cirurgia de pequeno porte que remodela a estrutura nasal, tanto óssea quanto cartilaginosa.

Quadro Clínico

Defeitos ou deformidades nasais podem levar, além do prejuízo estético, a alterações da função respiratória.

Exames Complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar ao AME

São indicações de rinoplastia: Desvio de septo nasal; laterorrinias; alterações estigmatizantes como giba dorsal acentuada; nariz selado; pontas demasiadamente bulbosas; pontas bífidas; ângulo nasolabial alterado;

Observação: Em alguns casos mais complexos de distúrbios funcionais a equipe de otorrino poderá se acionada para cirurgia em conjunto.

6.8. Ginecomastia ou Plástica mamária masculina**Definição**

Ginecomastia é definida como a presença de hipertrofia do tecido glandular mamário em homens, podendo ser unilateral ou bilateral, de etiologia variada. E a plástica mamária masculina, a cirurgia corretiva desta alteração.

Quadro Clínico

Durante a infância e a puberdade, o aumento da mama masculina é normal (ginecomastia fisiológica). O aumento geralmente é transitório, bilateral, amolecido, firme e simetricamente distribuído sob a aréola; as mamas podem ser dolorosas. A ginecomastia fisiológica que se desenvolve durante a puberdade geralmente se resolve em 6 meses a 2 anos. Alterações que fogem ao comportamento fisiológico podem ter diversas causas e são elegíveis para avaliação de plástica mamária masculina.

Exames Complementares

Exames bioquímicos gerais (Hemograma, Coagulograma, Glicemia em jejum, Função renal);
Ultrassonografia de mamas;
Eletrocardiograma.

Quando encaminhar ao AME

Condição em que o usuário apresenta aumento do volume mamário uni ou bilateralmente, podendo acarretar dor ou desconforto local. Pode ser glandular, gordurosa, mista e apresentar flacidez de pele; O IMC deverá ser menor ou igual a 27; critério que poderá ser revisto de acordo com julgamento médico; a depender do biótipo do paciente.

Observação 1: Não haverá lipoaspiração nas ginecomastias indicadas.

Observação 2: Não há indicação de encaminhar pacientes com pseudoginecomastia (depósito de gordura sem proliferação glandular) secundária à obesidade.

Observação 3: Antes do encaminhamento deve ser concluída a investigação de doença mamária/nódulo mamário a esclarecer ou com necessidade de tratamento complementar.

6.9. Reconstrução mamária pós mastectomia**Definição**

A cirurgia reparadora para a reconstrução de mama após mastectomia é capaz de restaurar a forma, aparência e tamanho da mama.

Quadro Clínico

Pacientes diagnosticadas com câncer de mama geralmente precisam ser submetidas à mastectomia parcial ou total. Para minimizar os efeitos deste procedimento, as mulheres podem optar pela realização da reconstrução de mama após mastectomia, a fim de restaurar sua qualidade de vida, autoestima e autoconfiança.

Exames Complementares

Exames bioquímicos gerais (Hemograma, Coagulograma, Glicemia em jejum, Função renal);
Ultrassonografia de mamas (para mulheres que tenham idade até 39 anos);
Ultrassonografia de mamas e Mamografia (para mulheres que tenham idade superior a 39anos);

Eletrocardiograma.

Quando encaminhar ao AME

Casos em que a deformidade mamária seja leve a moderada e possa ser realizada com lipoenxertia, retalhos locais, expansores.

Observação 1: Os casos mais complexos que envolvam retalhos complexos, pós-operatórioprolongado, microcirurgias, serão encaminhados a hospital terciário.

Observação 2: Qualquer reconstrução mamária só será realizada após liberação por meio de laudo médico pelo mastologista.

6.10. Cirurgia plástica pós bariátricos

Definição

Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica, é o procedimento que corrige as deformidades causadas por grande perda de peso decorrente de uma cirurgia bariátrica.

Quadro Clínico

É esperado que após uma cirurgia bariátrica bem-sucedida, o paciente evolua com considerável perda ponderal, o que inevitavelmente acarretará na presença de importante flacidez e excesso de pele, principalmente nas regiões dos braços, mamas, abdômen e coxas.

Exames Complementares

Exames bioquímicos gerais (Hemograma, Coagulograma, Glicemia em jejum, Função renal); Eletrocardiograma.

Quando encaminhar ao AME

O usuário com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

- > Qualquer cirurgia pós-bariátrica só será realizada caso haja estabilização do peso por pelo menos 6 meses;
- > Mamoplastia: incapacidade funcional pela hipertrofia ou ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas;
- > Abdominoplastia / Torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas;
- > Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas;

O IMC para qualquer uma das cirurgias acima citadas deverá ser menor ou igual a 30, critério que poderá ser revisto de acordo com julgamento médico; e a depender do biótipo do paciente.

6.11. Critérios de exclusão

- 1- Usuários fumantes não serão incluídos ao protocolo das cirurgias citadas acima. Estes usuários serão reencaminhados a Unidade básica de Saúde e só poderão operar após 3 meses de abstinência ao tabagismo; excetuando-se os casos oncológicos.
- 2- Cirurgia de intersexo não serão realizadas devido à ausência de equipe multidisciplinar estruturada para atender este público no HEAB;
- 3- Queimaduras extensas não serão realizadas: estes casos deverão ser encaminhados às Unidades de Queimados. Eventualmente pequenas queimaduras poderão ser tratadas na Instituição;
- 4- Não serão realizadas cirurgias para correção de anomalias crânio faciais como fissura lábio palatina e síndromes genéticas, as quais deverão ser encaminhadas a centros especializados;
- 5- Não serão realizadas cirurgias de caráter essencialmente estético, como por exemplo; implante de prótese mamária, mastopexia ou, abdominoplastia devido a alterações comuns após gestação ou ganho de peso;
- 6- Usuários cuja cirurgia for contraindicada por apresentar-se com IMC acima dos critérios estabelecidos neste protocolo e que necessitem emagrecer; serão encaminhados à Unidade Básica de Saúde com as orientações pertinentes, e só poderão retornar após 3 meses de estabilização de peso na

meta exigida para a cirurgia em questão;

7- Não serão realizados procedimentos em usuários que apresentem alterações psiquiátricas não controladas que possam interferir nos cuidados pós-operatórios;

8- Não serão realizados procedimentos em usuários com expectativas irreais quanto aos procedimentos;

9- Não serão realizados procedimentos em usuários portadores de marcapasso cardíaco; doenças crônicas não compensadas e condições sociais que não permitam a realização do período pós-operatório adequado;

10- Não serão realizados quaisquer procedimentos cuja complexidade exceda aos recursos do HEAB.

7. Cirurgia torácica

7.1. Tórax escavado/carinado/deformidades congênitas

Definição

Alterações no desenvolvimento da parede torácica com impacto funcional e estético

História clínica

Paciente com desenvolvimento da parede torácica de forma anormal

Exames complementares

Tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Avaliação para possível correção cirúrgica ou uso de órteses torácicas para correção de vícios de crescimento

7.2. Estenose traqueal

Definição

Presença de estreitamento da luz de via respiratória

História clínica

Paciente com histórico de dispneia e restrição respiratória com presença de estridor respiratório normalmente associada à intubação prévia

Exames complementares

Tomografia de tórax e cervical

Quando encaminhar para o ame

Suspeita de lesões estenosantes das vias aéreas com sintomas de restrição respiratória

7.3. Traqueostomia

Definição

Confecção de ostomia em vias respiratórias para controle de secreções e melhora ventilatória

História clínica

Paciente com histórico confecção de ostomia

Exames complementares

Exames gerais

Quando encaminhar para o ame

Necessidade de avaliação quanto a potência de mesma e auxílio para decanulação definitiva

7.4. Pneumotórax

Definição

Presença de ar em cavidade pleural

História clínica

Paciente com histórico de dispneia e dor torácica com quadro radiológico compatível

Exames complementares

Tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Presença de pneumotórax com fístula crônica e episódios de repetição do quadro mesmo após drenagem adequada

7.5. Corpo estranho em vias respiratórias

Definição

Presença de material externo em vias respiratórias

História clínica

Paciente com histórico de aspiração de corpo estranho com tosse, desconforto respiratório e infecções de repetição

Exames complementares

Tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Avaliação de presença ou suspeita de corpo estranho nas vias respiratórias

7.6. Tumores e doenças do mediastino

Definição

Presença de anormalidades anatômicas, tumores ou cistos em mediastino, bem como linfonodos aumentados maiores que 2cm

História clínica

Achado de exame complementar, com ou sem repercussão clínica

Exames complementares

Tomografia e/ou ressonância de tórax

Quando encaminhar para o ame

Achado tumores, cistos ou massas mediastinais com medida maior de 2 cm

7.7. Tumores de parede torácica

Definição

Presença de massas tumorais em ossos ou partes moles do tórax

História clínica

Surgimento de lesões em ossos ou partes moles da parede torácica com ou sem sintomas locais associados

Exames complementares

Tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Investigação de lesões tumorais em ossos ou partes moles de parede torácica

7.8. Nódulo de pulmão

Definição

Doença neoplásica invasiva do pulmão

História clínica

Paciente com quadro consumptivo, tosse crônica, hemoptise e presença de nódulos pulmonares maiores que 1,0 cm ou massas pulmonares

Exames complementares

Tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Investigação de pacientes com histórico compatível com possibilidade de doença neoplásica já com imagem radiológica sugestiva – nódulos maiores que 1.0 cm

7.9. Derrame Pleural

Definição

Acúmulo de líquido em cavidade pleural

História clínica

Paciente com histórico de doença respiratória e sistêmica com acúmulo de líquido em cavidade pleural

Exames complementares

Tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Derrame pleura sintomático persistente ou de repetição sem melhora as medidas clínicas

7.10. Pneumonia complicada

Definição

Doença infecciosa pulmonar aguda de etiologia bacteriana, fúngica ou viral

História clínica

Paciente com histórico de processo infeccioso agudo pulmonar

Exames complementares

Tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Presença de complicações com derrame pleural, encarceramento pulmonar e abscessos refratários ao tratamento clínico

7.11. Complicações da tuberculose

Definição

Doença infecciosa crônica granulomatosa

História clínica

Paciente com histórico de doença granulomatosa com tosse crônica dispneia e febre

Exames complementares

Exames gerais e tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Presença de sequelas da doença pós tratamento, bem como suas complicações tais como derrame pleural, fibrotórax e bronquiectasias com sangramento e infecção de repetição

7.12. Doenças pulmonares intersticiais**Definição**

Infiltrados pulmonares crônicos ou agudos com processo inflamatório associado

História clínica

Paciente com histórico de restrição respiratória aos esforços

Exames complementares

Tomografia de tórax

Quando encaminhar para o ame

Necessidade de investigação com biópsia

7.13. Hiperidrose**Definição**

Sudorese excessiva com comprometimento social e psicológico

História clínica

Paciente com histórico de sudorese excessiva em partes do corpo com impacto social e psicológico

Exames complementares

Exames gerais

Quando encaminhar para o ame

Presença de hiperidrose localizada em paciente com índice de massa corpórea abaixo de 30kg/m²

8. Cirurgia vascular**8.1. Tromboembolismo Venoso (TEV)****Definição:**

A trombose venosa profunda é uma doença caracterizada pela formação de trombos de forma oclusiva total ou parcial, em veias do sistema venoso profundo, que pode levar a complicações graves como o tromboembolismo pulmonar e a síndrome pós-trombótica.

História clínica

O diagnóstico clínico da TVP apresenta baixa sensibilidade e especificidade, visto que apenas 20-40% dos pacientes com quadro clínico sugestivo têm a doença confirmada. Os sinais e sintomas mais comuns apresentados pelos pacientes com TVP são dor e edema. Apesar da baixa acurácia do diagnóstico clínico, é importante ressaltar que, a princípio, todo edema assimétrico em extremidades inferiores deve ser valorizado até a completa avaliação diagnóstica finalizada.

Exames complementares

Ultrassonografia com Doppler Venoso

Quando encaminhar para o AME:

Apenas os casos que evoluem para síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratária ao tratamento conservador na APS (exercícios, elevação de membros, terapia compressiva) por 6 meses.

Pacientes com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratária ao tratamento conservador na APS (prioridade).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

Suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP)

Suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP)

Observação:

Não há indicação de encaminhar para cirurgia vascular pacientes com trombose venosa para controle de anticoagulação. Tal medida deve ser realizada na APS.

8.2. Insuficiência Venosa Crônica

Definição:

Anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos.

Quadro Clínico:

São considerados os principais sinais e sintomas de IVC: Formigamento; dor; queimação; câimbras musculares; edema; sensação de peso ou “cansaço das pernas”, prurido cutâneo; pernas inquietas e fadiga. De forma geral tais sintomas tendem a se acentuar durante o dia, especialmente após longos períodos em ortostase e melhoram com a elevação dos membros.

Exames:

Ultrassonografia com Doppler Venoso

Quando encaminhar para o AME:

Insuficiência venosa crônica grave (classificação CEAP C3 a C5 — quadro 1) refratária ao tratamento conservador na APS por 6 meses;

Presença de úlcera venosa crônica (CEAP 6 – quadro 1) (prioridade) Episódio de varicorrágia prévia (prioridade)

8.3. Doença Arterial Obstrutiva Periférica

Definição:

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) ocorre predominantemente em decorrência de fenômenos ateroscleróticos sistêmicos, que provocam obstruções arteriais e está associada a alto risco de morbimortalidade cardiovascular.

Quadro Clínico:

A claudicação intermitente é o sintoma mais frequente da DAOP e resulta da redução do aporte de fluxo sanguíneo para os membros inferiores durante o exercício, é caracterizada por dor ou desconforto durante a caminhada e que desaparece ao repouso. Outros sinais e sintomas são: pulsações fracas à palpação das artérias tibial posterior, pediosa e/ou artéria femoral; sopro na artéria femoral; baixa

temperatura da pele do pé e da perna à palpação, feridas nos dedos do pé, pé e tornozelo; redução na quantidade de pelos; anormalidades nas unhas.

Exames:

Ultrassonografia com Doppler Arterial

Quando encaminhar para o AME:

Doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena)

Doença arterial crônica sintomática com claudicação que limita as atividades diárias, refratária ao tratamento conservador por 6 meses (uso de cilostazol, exercício físico apropriado, antiagregante plaquetário, controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo, tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

Suspeita de isquemia crítica aguda (palidez, baixa temperatura do membro, ausência de pulso, dor em repouso que piora de intensidade, perda da força ou sensibilidade, parestesia ou paralisia do membro, gangrena úmida).

8.4. Doenças dos Vasos Extracranianos (Carótidas e Vertebrais)

Definição:

A estenose carotídea e de artérias vertebrais ocorre devido ao processo de aterosclerose nestas artérias e configura uma importante causa de ataque isquêmico transitório (AIT) e acidente vascular cerebral (AVC).

Quadro Clínico:

A estenose carotídea e de artérias vertebrais são habitualmente assintomáticas em fases iniciais, somente em estágios mais avançados podem se manifestar como ataque isquêmico transitório (AIT) e acidente vascular cerebral (AVC). Quando o território carotídeo é acometido podem surgir sintomas como: amaurose, hemi ou monoparesia, hemi ou monoplegia, dislalia e déficits sensitivos ou motores contralaterais. Quando ocorre em território de vertebrais: diplopia, disartria, disfagia, desequilíbrio, sintomas do território carotídeo.

Exames:

Ultrassonografia com Doppler arterial de Carótidas e Vertebrais

Quando encaminhar para o AME:

AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico; Estenose de carótida assintomática maior que 70%.

Paciente com evento isquêmico (AVC ou AIT) há 6 meses ou menos, com estenose de carótida ipsilateral maior ou igual a 50% (prioridade).

ADENDO:

Quadro 1 – Classificação CEAP para insuficiência venosa crônica

Classificação Clínica (C)

C 0 Sem sinais visíveis ou palpáveis para doença venosa

C 1 Teleangiectasias, veias reticulares

C 2 Veias varicosas

C 3 Edema

C 4 Alterações de pele (hiperpigmentação, eczema, lipodermatofibrose)

C 5 Classe 4 com úlcera prévia curada

C 6 Classe 4 com úlcera ativa

S Sintomática, incluindo dor, prurido, irritação, sensação de peso, entre outros

A Assintomática

Classificação Etiológica (E)

EC Congênita

EP Primária

ES Secundária (pós-trombótica, pós-traumática, entre outras)

EN Sem causa identificada

Classificação Anatômica (A)

AS Veias superficiais

AD Veias profundas

AP Veias perforantes

AN Sem localização identificada

Classificação Fisiopatológica (P)

PR Refluxo

PO Obstrução

PR,O Refluxo e obstrução

PN Sem causa fisiopatológica identificada

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020).

9. Dermatologia

9.1. Quelóides

Definição

São lesões proliferativas formadas por tecido de cicatrização, de aspecto fibroso, secundárias a um traumatismo da pele. Há uma predisposição individual para o seu aparecimento, sendo mais comum em indivíduos negros e mestiços.

Quadro clínico

É uma lesão tumoral de superfície lisa e consistência endurecida. No início, geralmente tem coloração rósea ou avermelhada, adquirindo, mais tarde, cor semelhante à pele normal ou escurecida. A região anterior do tórax e ombros são localizações frequentes de queloides.

Difere das cicatrizes hipertróficas, nas quais o tecido cicatricial não excede a localização do traumatismo e tende a se reduzir com o passar do tempo.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos.

9.2. Onicocriptose

Definição

É o nome técnico dado à “unha encravada”. “Onico” é um prefixo grego que significa unha e “cripto”, que penetra, portanto: unha que penetra na pele. Essa patologia das lâminas é ocasionada por diversos agentes mecânicos, como por exemplo: calçados com bico fino ou curto, traumatismos, corte incorreto das unhas e até por fatores hereditários.

Quadro clínico

A dor ocorre no canto da dobra ungueal ou menos comumente percorre toda a margem lateral. Inicialmente há apenas leve desconforto, em especial com o uso de determinados calçados. Ossintomas do quadro agudo são dor, inchaço e vermelhidão nos cantos das unhas, que podem até mesmo eliminar secreção purulenta. Nos casos crônicos surge tecido de granulação, principalmente em adolescentes.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Casos recidivantes de unha encravada

9.3. Fibroma Mole**Definição**

É uma lesão tumoral mole de ocorrência mais comum em adultos. A causa é desconhecida e pode estar relacionada com uma tendência familiar. Atinge homens e mulheres. São formados por tecido de colágeno frouxo, envolto por pele.

Quadro clínico

Pode aparecer como lesão única ou em grande número. Apresenta-se como lesões tumorais flácidas, pediculadas e de superfície enrugada. O tamanho pode variar de pequenas lesões até vários centímetros de diâmetro. Quando formam lesões maiores de aspecto pedunculado são chamadas de molusco pêndulo.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com fibromas localizados em áreas de trauma.

9.4. Cistos Sebáceos**Definição**

Conhecidos popularmente como “cistos sebáceos”, os cistos encontrados com maior frequência são os epidérmicos e os triquilemais. O conteúdo de ambos não é sebo e sim queratina, a substância que forma a camada mais superficial da pele.

Cistos epidérmicos: são os mais frequentes e resultam da proliferação de células da epiderme dentro da derme, o que pode ser devido a uma tendência genética.

Milium: é um pequeno cisto epidérmico, de localização mais superficial. A lúpia são cistos epidérmicos localizados na bolsa escrotal e grandes lábios.

Cistos triquilemais ou cistos pilares: são menos frequentes e se originam do folículo piloso ocorrendo principalmente no couro cabeludo. Antigamente, chamados de cistos sebáceos.

Quadro clínico

As lesões são esféricas, geralmente móveis, indolores, de consistência elástica ou endurecida. Podem variar de pequenos cistos (menores de 1cm) até lesões com vários centímetros de tamanho. A cabeça, pescoço e tronco são as regiões mais afetadas. Pode haver um ponto central, escuro, da abertura de um folículo piloso. Os cistos são assintomáticos, mas, se localizados em extremidades ósseas, do tronco ou do couro cabeludo, podem causar incômodo ao deitar ou encostar. Em caso de inflamação secundária por ruptura da cápsula e/ou infecção, o cisto torna-se avermelhado, quente e doloroso.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS.

Observação: Não encaminhar cisto com processo inflamatório, tratar a inflamação antes.

9.5. Lipom

Definição

É um acúmulo de tecido gorduroso que surge por debaixo da pele (subcutâneo). Os lipomas são tumores benignos, mas podem crescer bastante, causando grande incômodo estético e, até mesmo, físico.

Quadro clínico

Os lipomas formam lesões palpáveis, de consistência firme e elástica que fazem relevo na pele. Alguns podem ser bem macios. A pele que os recobre apresenta-se de aspecto normal.

Seu tamanho pode variar de meio a vários centímetros de diâmetro e o crescimento costuma ser lento.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com lipomas dolorosos e com tamanhos de até 5 cm.

9.6. Verrugas

Definição

Proliferações benignas contagiosas que surgem a partir de uma infecção viral na epiderme ou na mucosa. Geralmente, assintomáticas, mas em pacientes com lesões plantares, podem ser dolorosas. Na evolução podem apresentar aumento de número, tamanho e infecção bacteriana secundária. Também podem regredir espontaneamente. Os vírus que causam verrugas pertencem à família Papilomavírus humano.

Quadro clínico

Verruga vulgar: mais comuns nos dedos e dorso das mãos.

Verruga plantar: denominada como “olho de peixe”, geralmente com pontos negros, que representam os vasos sanguíneos, dolorosa, principalmente a deambulação.

Verruga plana: múltipla, de localização preferencial em face, nas crianças, dorso de mãos em adultos, áreas de barbas em homens e pernas em mulheres.

Verruga filiforme: isolada, pouco numerosa, de localização em face, pescoço e comissura da boca.

Verruga anogenital: também chamada de condiloma acuminado.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes resistentes ao tratamento clínico usual.

9.7. Câncer de pele

Definição

O câncer da pele é o mais comum do ser humano, corresponde a 33% de todos os diagnósticos desta doença no Brasil. É provocada pelo crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a

pele. Os mais comuns e de melhor prognóstico são os carcinomas basocelulares e os espinocelulares, responsáveis por 177 mil novos casos da doença por ano. Mais raro e letal que os carcinomas, o melanoma é o tipo mais agressivo de câncer da pele e registra 8,4 mil casos anualmente.

Quadro clínico

Lesões na pele de aparência elevada e brilhante, translúcida, avermelhada, castanha, rósea ou multicolorida, com crosta central e que sangra facilmente;

Lesões enegrecidas ou acastanhadas que mudam sua coloração, textura, tornando-se irregulares nas bordas, assimétricas e de crescimento progressivo;

Lesões que não cicatrizam, apresentando coceira, crostas, erosões ou sangramento, de dimensões superiores a 6mm.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Todas as lesões de pele suspeitas de malignidade.

9.8. Nevos Melanocíticos

Definição

É um tumor benigno composto por células pigmentares (melanocíticas). São conhecidos popularmente como “sinais” ou “pintas”, dependendo do seu tipo. Podem estar presentes desde o nascimento ou surgirem com o passar dos anos.

Quadro clínico

Geralmente, surgem como pequenas lesões marrons ou pretas que podem permanecer planas ou, com o tempo, aumentarem de espessura tornando-se elevadas.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes que apresentem nevos com aumento de tamanho, mudança na cor, sangramento, ulceração, com comprometimento funcional, com lesões pigmentares palmo-plantar. Sinais de alerta para o câncer de pele podem estar presentes, sendo eles: ABCDE: A- assimetria; B- bordas irregulares; C- cor (múltiplas); D- diâmetro \geq 6mm; E- evolução.

9.9. Urticária

Definição

São lesões eritemato-edematosas, isoladas ou coalescentes, de evolução aguda ou crônica.

Quadro clínico

Os agentes etiológicos mais comuns são: medicamentos, substâncias químicas, doenças como tireoidopatias, colagenoses, hepatopatias, agentes físicos, vírus, parasitas.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Urticária crônica (duração maior de 6 semanas).

9.10. Ptíriase Versicolor

Definição

Pode ser causada por agentes como *Malassezia furfur*, *Pityrosporum ovale* ou *Pityrosporum orvale*, fungos lipofílicos, presentes na biota cutânea normal do adulto, particularmente nas áreas com muitas glândulas sebáceas, como região superior do tronco, face e couro cabeludo. Sob certas condições, pode se mostrar patogênico, podendo estar associado a quadros cutâneos, como a ptíriase versicolor e dermatite seborreica. A ptíriase versicolor é, aparentemente, exclusiva, do ser humano, e ocorre com mais frequência em regiões tropicais.

Quadro clínico

São lesões descamativas, furfuráceas, disseminadas em tronco, com recidivas frequentes e comum hipocromia residual após tratamento.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Casos refratários a tratamento tópico e sistêmico, além de casos suspeitos de paracoccidiodomicose, esporotricose, cromomicose.

9.11. Ptíriase Alba

Definição

É considerada manifestação de atopia, sendo muito frequente na infância. Caracteriza-se pela presença de lesões esbranquiçadas, de limites imprecisos, arredondadas, com descamação e ceratose folicular, principalmente localizadas em face e membros superiores, com piora após exposição solar.

Quadro clínico

As manchas, antes de serem brancas, podem ter aspecto discretamente róseo, com leve descamação associada. Geralmente, essas lesões são assintomáticas, mas podem causar certo desconforto estético e algum prurido associado. São mais aparentes em pessoas de pele parda ou preta e também naqueles que se expõem ao sol, devido ao maior contraste das manchas brancas com a pele.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Casos que geram dúvida diagnóstica ou refratária a tratamentos prévios.

9.12. Piodermites

Definição

As piodermites são infecções bacterianas da pele e dos seus anexos — o termo pyoderma é derivado do grego pyon (pus) + derma (pele). São causadas por bactérias, principalmente *S. aureus* e *S. pyogenes*. Alguns fatores predisponentes conhecidos são escoriações; fissuras; queimaduras; higiene deficiente; clima tropical; cirurgias; uso de drogas imunossupressoras; uso de cateteres e sondas; doenças

sistêmicas (diabete obesidade, alcoolismo, desnutrição, SIDA,etc.)

Quadro clínico

Impetigo: lesões vesico-bolhosas, de consistência frágil, deixando áreas exulceradas com crostas melicéricas, esparsas pelo corpo, periorificiais.

Furúnculo: infecção de folículo piloso, com edema acentuado, eritema e secreção purulenta. Abscesso: acometimento do subcutâneo formando nódulos dolorosos, com fistulização e saída de material purulento.

Celulite: infecção do subcutâneo, com edema acentuado localizado, principalmente, nas extremidades ou na face. Também apresenta febre e manifestações toxêmicas.

Erisipela: infecção do tecido subcutâneo, com acometimento dos vasos linfáticos, às vezes com quadro bolhoso, com edema e eritema. Comum em membros inferiores. Nos paciente recidivantes cursa com linfedema residual. Toxemia e febre constam como características clínicas da sua apresentação.

Observação: Recidivas frequentes merecem investigação para morbidades como diabetes mellitus, doenças hematológicas e quadros de queda da imunidade.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Casos recorrentes.

9.13. Onicomicose

Definição

Colonização subungueal com fungo, com hiperqueratose, distrofia da lâmina, paroníquia e onicólise; em alguns casos o exame micológico é negativo, assim como a cultura.

Quadro clínico

Varição da cor da unha que se torna esbranquiçada e/ou adquire tons amarelados ou escuros, descolamento dos cantos da unha, unha mais espessas, grossas e opacas, deformidades da unha, dor de intensidade variável e odor desagradável

Exames complementares

Micológico direto e cultura para fungo (se disponível)

Quando encaminhar para o AME

Tentativas fracassadas de tratamento tópico e sistêmico.

Observação: Observar efeitos hepatotóxicos das medicações sistêmicas, especialmente se uso de estatinas.

9.14. Molusco Contagioso

Definição

Causado por vírus do gênero Poxvirus, muito frequente na infância, principalmente, em crianças atópicas. Em adultos, a infecção facial pode sugerir infecção pelo vírus da imunodeficiência humana.

Quadro clínico

Pápulas lisas, brilhantes, de cor rósea ou da pele normal, com depressão central característica (pápula umbelicada). As regiões mais comuns são axilas, face lateral do tronco, regiões genitais perianal e face.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Em caso de quadros extensos.

9.15. Hanseníase**Definição**

Doença crônica que acomete a pele e os nervos periféricos, causada pelo *Mycobacterium leprae*, com período de incubação de 3 a 5 anos.

Quadro clínico

Classificação:

- Hanseníase indeterminada (forma I): lesão inicial manifesta-se como uma área de hipoestesia, com surgimento de uma ou mais máculas pouco pigmentadas a discretamente eritematosas, com poucos centímetros de diâmetro.
- Hanseníase tuberculóide (forma T): lesões com bordas pronunciadas, únicas ou em pequeno número e, assimetricamente distribuídas; quando mácula, se apresenta como lesão hipocrômica ou eritematosa e, quando placa, como lesão eritematosa ou acobreada, difusamente infiltrada, com tendência central ao aplainamento: as lesões são maiores e os danos aos ramos nervosos ocorrem, evoluindo para hipoestesia e anestesia, pele hipodrótica, com diminuição ou ausência de pelos. Os nervos preferencialmente acometidos são: cubital, mediano, radial, peroneiro comum, tibial posterior, auricular e supra orbitário.
- Hanseníase Virchoviana (forma V): forma caracterizada pelo envolvimento de extensas áreas do tegumento, múltiplos troncos nervosos e outros órgãos. Frequentemente comprometidos estão a região frontal e lóbulos da orelha, caracterizando fáscias leonina. Nos locais lesionados há diminuição ou ausência de pelos; na face o comprometimento da face na cauda da sobrancelha é denominado de madarose. Na forma virchoviana avançada, o acometimento do trato respiratório superior ocasiona mucosa congesta e edemaciada, obstrução nasal, coriza mucopurulenta, epistaxe, anosmia, e, finalmente perfuração septal e desabamento nasal. Lesões ósseas são consequentes, principalmente, a traumas por perda de sensibilidade, osteomielite recorrente, além da osteoporose do desuso.
- Hanseníase borderline ou dimorfa (Forma B ou D): essa forma caminha entre os polos tuberculóide e virchoviano, com aspectos clínico dermatológicos entre esses dois polos, até no mesmo paciente.

Exames complementares

Pesquisa de Bacilo de Hansen (BH)

Quando encaminhar para o AME

Casos suspeitos.

Encaminhar pacientes que apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico ou reações hanseníases).

Observação: Lembrar que o portador de hanseníase é um paciente com necessidades de acompanhamento multidisciplinar, devendo ser encaminhado a outras especialidade diante da necessidade, como: cirurgião plástico, neurologista, oftalmologista, psicólogo, entre outros.

9.16. Dermatite de Contato**Definição**

É uma reação inflamatória, após sensibilização prévia ao alérgeno, sendo resposta imune celular. Na sua investigação, é importante avaliar os antecedentes ocupacionais. Quando localizadas nas mãos, há importante implicação com uso de produtos químicos.

Quadro clínico

Ardor em queimação até intensa coceira. As lesões podem apresentar-se avermelhadas, edemaciadas ou ainda conter pequenas bolhas; ser quente, ou formar crostas espessas.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Tentativas fracassadas de tratamento.

9.17. Condiloma Acuminado

Definição

É uma infecção viral que se manifesta como uma infecção sub-clínica nos genitais de homens e mulheres. Pode ser causada por vírus da família Papilomavírus humano.

Quadro clínico

Lesões múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, ou lesão única. Podem aparecer em localizações diversas como pênis, sulco bálano-prepucial, região perianal, vulva períneo, vagina, colo do útero.

Exames complementares

Colpocitologia, peniscospia, colposcopia

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos

9.18. Acne Vulgar Grave

Definição

Acne é a dermatose mais comum na prática clínica, acometendo cerca de 80% dos adolescentes e adultos jovens. Sua etiologia resulta da associação dos seguintes fatores: hiperqueratinização e obstrução do infundíbulo folicular, devido à descamação anormal do epitélio folicular; aumento da produção de sebo estimulada pelos andrógenos; colonização do folículo pelo *Propionibacterium acnes*, gerando inflamação.

Quadro clínico

Caracteriza-se por lesões cutâneas variadas como comedões abertos e fechados, pápulas inflamatórias, pústulas, nódulos, cistos, lesões conglobatas e cicatrizes. As lesões acometem principalmente a face e o dorso, mas podem estender-se para a região superior dos braços e o tórax anterior. A acne pode ser classificada quanto à sua gravidade: Acne comedônica (grau I), Pápulopustulosa (grau II), Nodulocística (grau III) e Conglobata (grau IV).

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas com ou sem febre e artralgias);

Acne conglobata ou grau IV (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes);

Acne leve a moderada com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 4 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos).

9.19. Psoríase

Definição

A psoríase é uma doença sistêmica inflamatória crônica, autoimune, não contagiosa, que apresenta predominantemente manifestações cutâneas, ungueais e articulares. A predisposição genética é um fator relevante na gênese da psoríase. Acomete cerca de 2% da população mundial com relevante impacto na qualidade de vida dos pacientes.

Quadro clínico

Apresenta características clínicas variáveis e um curso recidivante, se manifestando em diferentes formas clínicas que podem estar sobrepostas e associadas ou não à artrite psoriásica: crônica em placas (ou vulgar), em gotas (gutatta), pustulosa, eritrodérmica, invertida (flexora) e ungueal.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada, após avaliação em serviço de urgência/emergência;

Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica;

Psoríase extensa (mais de 10% da área de superfície corporal); Psoríase que ocasione prejuízo funcional grave em qualidade de vida;

Psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado por 3 meses.

9.20. Hidradenite Supurativa

Definição

A hidradenite supurativa é uma doença inflamatória, crônica e recorrente dos folículos pilosos, originada a partir de hiperqueratose e oclusão folicular, seguido de dilatação pilosebácea, ruptura e extrusão do conteúdo folicular, o que desencadeia reação inflamatória secundária, podendo levar a formação de abscessos e fístulas.

Quadro clínico

Lesões recorrentes dolorosas ou supurativas com ocorrência de mais de 2 vezes em 6 meses; caracterizadas por nódulos (inflamatórios ou não, únicos ou múltiplos), abscessos e/ou cicatrizes (atróficas, avermelhadas, hipertróficas ou lineares); localizadas em regiões axilares, inguinais, perineais, perianais, nádegas, dobras infra e intermamárias.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos de HS refratária;

Todos os casos de abscessos recorrentes únicos ou múltiplos, com formação de fístulas e cicatrizes (Estágio de Hurley II e III).

Observação: Casos suspeitos de hidradenite supurativa infectado devem ser encaminhados para serviço de urgência para tratamento imediato.

10. Endocrinologia

10.1. Hipotireoidismo

Definição

Síndrome clínica resultante da deficiência de hormônios tireoidianos (T3 e T4).

Pode ser primário por doenças da tireóide (TSH elevado) ou secundário a doenças centrais (TSH baixo ou inapropriadamente normal)

História clínica

Sonolência, cansaço, queda de cabelo, unhas quebradiças, pele seca, intolerância ao frio, edema, ganho de peso, humor depressivo, bradicardia

Exames complementares

TSH, T4 livre

Ac anti-TPO e anti-tireoglobulina (se suspeita de Tireoidite de Hashimoto)

Quando encaminhar para o AME

Somente os casos em que há dificuldade no manejo clínico, mesmo após ajuste de dose de medicação

10.2. Hipertireoidismo

Definição

Síndrome clínica resultante do excesso de hormônios tireoidianos (T3 e T4).

Pode ser primário por doenças da tireóide (TSH baixo), secundário a doenças centrais (TSH elevado) ou secundário ao uso exógeno de hormônios tireoidianos

História clínica

insônia, palpitação, tremores, pele oleosa, diarreia, febre, intolerância ao calor, emagrecimento queda de cabelo, unhas quebradiças, humor agitado

Exames complementares

TSH, T4 livre, T3 livre

Ac anti-TPO, anti-tireoglobulina, TRAB

Ultrassom de tireóide (se primário)

Cintilografia de tireóide com captação para iodo radioativo

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos

10.3. Nódulos tireoidianos e Bócio

Definição

Os nódulos tireoidianos são lesões da glândula tireoide palpáveis ou detectadas à ultrassonografia, distintas do parênquima tireoidiano ao redor.

O bócio tireoidiano é definido como aumento do volume da glândula tireoidiana. Pode ser classificado na ultrassonografia como difuso (ocorre nas disfunções tireoidianas ou na deficiência de iodo) ou nodular. O último é o mais frequente e pode ser uninodular ou multinodular. O bócio nodular será classificado como tóxico quando houver TSH supresso com comprovação na cintilografia de que o nódulo seja hiperfuncionante.

História clínica

95% dos pacientes com nódulo tireoidiano podem ser assintomáticos. A apresentação mais comum é de nodulação visível ou palpável na topografia da glândula tireoidiana sem outros sintomas associados.

Também é comum na prática clínica os incidentalomas (nódulos detectáveis em exames de imagens sem queixas associadas, muitas vezes não palpáveis).

5% desenvolverem disfunção tireoidiana e apresentarem clínica de hipertireoidismo

5% dos pacientes podem apresentar sintomas compressivos (sensação de *globus* faríngeo, disfagia, dispneia, rouquidão e dor local) – geralmente acontecem em nódulos maiores que 3cm ou bócios

Sinais de alarme para malignidade — crescimento rápido, história prévia de irradiação do pescoço, pacientes jovens (crianças e adultos < 30 anos), história familiar de câncer de tireoide, massa cervical endurecida, pouca mobilidade, sinais sugestivos de obstrução de via aérea ou de paralisia de pregas vocais, linfadenopatia associada

Exames complementares

Avaliação inicial – TSH e ultrassonografia de tireoide

Exames adicionais:

Cintilografia de tireoide — quando TSH supresso e ultrassonografia de tireoide evidenciando nódulos tireoidianos

PAAF — quando indicada de acordo com tamanho e características dos nódulos avaliados na ultrassonografia.

Calcitonina – se nódulo Bethesda III, IV ou suspeito para carcinoma medular.

Tomografia computadorizada de pescoço ou tórax — para bócios / nódulos com componente mergulhante importante

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com nódulos / bócios tireoidianos devem ser encaminhados para endocrinologia para propedêutica e compensação clínica quando houver disfunção hormonal.

Paciente com PAAF Bethesda V - VI → Encaminhar para REDE HEBE CAMARGO/ SERVIÇOTERCÁRIO

10.4. Hiperparatireoidismo Primário**Definição**

O hiperparatireoidismo é a superprodução desregulada do hormônio da paratireoide (PTH) resultando na homeostase anormal do cálcio.

O hiperparatireoidismo primário é caracterizado por elevação laboratorial dos níveis de cálcio (hipercalcemia), associada a níveis inapropriadamente normais ou elevados do PTH.

História clínica

A apresentação clínica mais comum é hipercalcemia assintomática.

Manifestações esqueléticas – dor óssea, deformidades, osteopenia / osteoporose, fraturas patológicas.

Manifestações renais – poliúria, cálculos renais, hipercalcúria, nefrocalcinose, disfunção renal.

Manifestações gastrointestinais – dor abdominal, náuseas, vômitos, constipação, doença ulcero-péptica

Manifestações neuromusculares e psicológicas — fadiga, fraqueza muscular, depressão, alteração da concentração e memória.

Manifestações cardiovasculares – arritmias e hipertrofia ventricular.

Exames complementares

O diagnóstico do hiperparatireoidismo é bioquímico e deve ser realizado com avaliação laboratorial do metabolismo do cálcio — PTH, cálcio total, cálcio iônico, albumina, fósforo, 25- OH-Vitamina D, cálcio urinário (urina de 24 horas), creatinina, ureia.

Exames de imagem localizatórios como ultrassonografia cervical e cintilografia de paratireoide deverão ser solicitados apenas por especialista quando o paciente tiver indicação cirúrgica.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com elevação do cálcio ou PTH devem ser encaminhados para Endocrinologia para diagnóstico correto do hiperparatireoidismo primário e compensação clínica.

Indicação de cirurgia no Hiperparatireoidismo Primário:

Cálcio sérico >1 mg/dL acima do limite superior do intervalo de referência

T-score de densidade mineral óssea igual ou inferior a -2,5 (em mulheres na perimenopausa ou pós-menopausa e em homens com 50 anos ou mais) na coluna lombar, quadril total, colo do fêmur ou 1/3 distal do rádio

Fratura vertebral evidenciada por radiografia ou avaliação de fratura vertebral (VFA)

Clearance de creatinina < 60 ml/min

Excreção urinária de cálcio em 24 horas > 400 mg/dia e risco aumentado de cálculo, avaliados por análise bioquímica de risco de cálculo.

Presença de nefrolitíase ou nefrocalcinose determinada por radiografia, ultrassonografia ou tomografia computadorizada.

Idade inferior a 50 anos.

Pacientes com hiperparatireoidismo por **Neoplasias Endócrinas Múltiplas** devem ser encaminhados para tratamento e seguimento em serviços terciários.

Pacientes com hipertireoidismo **secundário e terciário** associados a insuficiência renal (pacientes dialíticos ou transplantados renais) devem ser encaminhados a serviços terciários para seguimento e tratamento

10.5. Hiperparatireoidismo

Definição

Síndrome decorrente da secreção e/ou ação deficiente do hormônio das paratireóides ou paratormônio (PTH), cursando com hipocalcemia.

As principais causas incluem:

Produção insuficiente de PTH

iatrogênico → Após Cirurgia (tireoidectomia e paratireoidectomia), Radioterapia região cervical, após Terapia com I¹³¹

Idiopático

Auto-imune (Isolado ou como parte da Síndrome poliglandular auto-imune- SPA tipo I) Doenças infiltrativas, granulomatosas

Distúrbio na secreção do PTH (hipo ou hiperMg)

Resistência à ação do PTH

Pseudohipoparatiroidismo

História clínica

Geralmente presença de sintomas e sinais sugestivos de hipocalcemia

Neuromusculares: câimbras, tetania, mialgias, fraqueza muscular, sinais de Trousseau + e Chvostek +
Pele e fâneros: pele seca, queda de cabelo, alopecia

Neurológicas: parkinsonismo, disartria, alterações da marcha, instabilidade postural, crises convulsivas sem causa aparente (principalmente em crianças)

Oculares: pseudopapiledema, catarata

Cardiovasculares: prolongamento do segmento ST e intervalo QT, alterações no ECG sugestivas de IAM, arritmias, insuficiência cardíaca, síncope na atividade física.

Dentárias: hipoplasia do esmalte, defeitos da dentina, retardo na erupção dentária, cáries, encurtamento das raízes dos molares, perda de todos os dentes

Exames complementares

Inicialmente o diagnóstico é feito através de exames laboratoriais:

Diagnóstico inicial: **Calcio total baixo, Fósforo elevado**, PTH baixo ou indetectável

exames complementares devem ser solicitados: Uréia, Creatinina, Calciúria 24 horas (baixa), Albumina, 25(OH)-vitamina D

exames de imagem devem ser solicitados pelo Endocrinologia quando necessário

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos confirmados com PTH, cálcio e fósforo

10.6. Osteoporose

Definição

Osteoporose é definida como uma doença caracterizada por diminuição na massa óssea e deterioração

da microarquitetura do tecido ósseo, levando a um aumento da fragilidade óssea a um maior risco de fraturas

Tipos de Osteoporose:

Primária (mais comum) → Pós-menopausa ou Senil

Secundária: Medicamentos ou Condições Mórbidas. Causas

Distúrbios endócrinos: Hipogonadismo, Síndrome de Cushing, Hiperparatiroidismo, Hipertireoidismo, Diabetes mellitus, Deficiência de GH, Acromegalia, Osteomalácia

Distúrbios hematopoiéticos: Mastocitose, Mieloma múltiplo, Linfoma/Leucemia, Doença de Gaucher, Policitemia

Distúrbios neuro-psiquiátricos: Anorexia nervosa, Depressão, Paralisia cerebral

Drogas: Corticóides, Antivonculsivantes, Imunossupressores, Quimioterapia, Hormônios tireoidianos em doses excessivas, Heparina

Doenças do Tecido Conjuntivo: Osteogenesis imperfecta, Síndrome de Marfan, Homocistinúria

Síndromes má-absorção: Doença colestática, Doença celíaca, Moléstia de Crohn, Hemocromatose, Nutrição parenteral, Pós-gastrectomia, Escorbuto

Distúrbios renais: Osteodistrofia renal, Hipercalciúria, Acidose tubular renal

Deficiências Nutricionais: Cálcio, Vitamina D, Vitamina C, Proteína

Distúrbios reumatológicos: Espondilite anquilosante, Artrite reumatóide, Lupus eritematoso sistêmico

Estilo de vida: Atividade física reduzida, Tabagismo, Alcoolismo

Distúrbios Cromossômicos: Síndrome Turner, Síndrome Klinefelter

História clínica e Diagnóstico

Maioria é assintomática, e deve-se ficar atento à história prévia de fratura prévia não traumática

História reprodutiva; Padrão alimentar; Antecedentes mórbidos

Exame físico detalhado (estatura em todas as consultas e pesquisar CIFOSE) Exames Iniciais

Densitometria óssea (Coluna Lombar (L2 — L4), Colo e fêmur total/ Rádior (33%) não possibilidade de avaliar os sítios acima

Radiografia simples

Quem deve fazer o rastreio?

Mulheres com idade superior a 65 anos

Homens acima de 70, independente de fatores de risco.

Mulheres jovens na pós-menopausa – após avaliação de fatores de risco. Mulheres na pré-menopausa com fatores de risco associado à risco de queda.

Adultos com fraturas de baixo impacto (antebraço, fêmur e vértebras) após os 50 anos

Adultos em uso de corticóides em dose > 5 mg prednisona ou equivalente, por mais de 3 meses.

Pacientes que farão uso de medicação com provável diminuição de massa óssea.

Mulheres na pós menopausa em descontinuação de terapia estrogênica

Exames Laboratoriais Bioquímicos e Hormonais:

Marcadores da remodelação óssea

Exames para descartar causas secundárias: (abaixo)

Exames complementares

Densidade Mineral Óssea:

Mulheres na pós-menopausa, homens > 50 anos e ou portadores de patologia/condição mórbida conhecida que possa levar a osteoporose 2ª

Classificação	T-score
Normal	Até 1 desvio padrão
Osteopenia	Entre -1,0 e -2,4 desvio padrão

Osteoporose	Menor do que -2,5 desvio padrão
Osteoporose Grave	Menor do que -2.5 desvio padrão mais fratura patológica

Mulheres pré-menopausa (20 anos até menopausa) e homens < 50 anos/ Até 20 anos- colunae composição corporal total

Classificação	Z-score
Esperado pela faixa etária	> -2 desvio padrão
Abaixo do esperado pela faixa etária	< -2 desvio padrão

Segunda a ABRASSO o critério T-score pode ser utilizado em mulheres em transição menopausal (40-50 anos).

Exames laboratoriais iniciais:

Hemograma completo/ VHS

Eletroforese de proteínas

TSH/ T4 livre

PTH, Cálcio e Fósforo séricos, 25 Hidroxivitamina D, Cálcio urina 24horas Uréia/

Creatinina/ Urina tipo I + sedimento urinário (este para excluir Fanconi)

Fosfatase alcalina

Gasometria venosa (excluir acidose tubular renal)

Transaminases/ Albumina

Homens: testosterona total

Anticorpos para triagem de doença celíaca (Anti-gliadina, anti-endomísio e anti-transglutaminase) quando possível

Quando encaminhar para o AME

Somente casos confirmados com Densitometria óssea

Osteoporose Primária → somente os casos em que não houve melhora na DMO após 5 anos consecutivos de tratamento ininterrupto

Osteoporose Secundária → Todos os casos suspeitos

10.7. Insuficiência Adrenal

Definição

Síndrome clínica decorrente da deficiência da produção de hormônios produzidos pelas glândulas adrenais, na qual elas tendem a produzir uma quantidade inadequada de todos os hormônios adrenais, incluindo corticosteroides (sobretudo o cortisol) e os mineralocorticóides (sobretudo a aldosterona, que controla a pressão arterial e os níveis de sódio e de potássio no organismo). Estas glândulas também estimulam a produção de uma pequena quantidade de testosterona e estrogênio e outros hormônios sexuais semelhantes (andrógenos, DHEA), cuja concentração também é baixa em pessoas com insuficiência adrenal. Se a medula da adrenal também foi afetada, a produção de adrenalina também pode ficar comprometida, entretanto, essa perda raramente provoca sintomas.

A insuficiência adrenal pode ser:

Primária: por doença de Addison (auto-imune), ou em decorrência a outras doenças que causam destruição das adrenais (metástase, infecções, doenças do depósito)

Secundária/ Central (doenças da hipófise ou hipotálamo)

História clínica

fraqueza, cansaço e tontura ao se levantar depois de ter ficado sentada ou deitada e pode apresentar manchas escuras na pele (principalmente em áreas não expostas ao sol), hipoglicemia, fraqueza, dor abdominal, hipotensão postural, desidratação e até choque em casos graves

Distúrbios hidroeletrólíticos: hipercalemia, hiponatremia

A perda de andrógenos pode causar a queda dos pelos no corpo da mulher. Nos homens, a testosterona produzida nos testículos mais que compensa essa queda. A DHEA pode ter outros efeitos não relacionados aos andrógenos.

Maior susceptibilidade a sintomas e complicações graves quando enfrentam doenças agudas, cansaço extremo, lesões graves, cirurgias ou, possivelmente, estresse psicológico grave.

Exames complementares iniciais

O diagnóstico pode ser estabelecido através da dosagem de cortisol sérico (coletado entre 8h-9h da manhã) e ACTH plasmáticos basais.

Hemograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, TSH, T4 livre

Caso tais resultados sejam inconclusivos ou subnormais, deve-se realizar a avaliação dinâmica através de testes de estímulos em serviços especializados

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos + exames laboratoriais acima confirmando

10.8. Síndrome de Cushing**Definição**

Síndrome clínica decorrente da produção excessiva de glicocorticóides, podendo ser endógena (por tumores adrenais ou hipofisário) ou exógena (uso crônico de corticóides)

História clínica- quando investigar?

Pacientes jovens com Osteoporose, HAS ou DM

Manifestações múltiplas e progressivas sugestivas: Pletora facial, equimoses espontâneas, miopatia proximal ou estrias (violáceas, >1cm)

todos os casos de Incidentalomas adrenais

Em crianças com Desaceleração do crescimento e Ganho de peso

Exames complementares

A primeira etapa na investigação na Doença de Cushing inclui a confirmação do hipercortisolismo, através de um dos métodos:

Cortisol urinário 24h (UFC): Valores > 3-4 vezes o valor de referência (2 amostras): hipercortisolismo
Cortisol salivar às 23h

Teste de supressão com dexametasona 1mg às 23h

Cortisol sérico (8hs) <1.8mcg/dL: descarta

Após confirmado hipercortisolismo laboratorial, solicita-se dosagem de ACTH para definir etiologia, para então solicitar exames de imagem complementares

ACTH elevado → RM sela túrcica para avaliar hipófise

ACTH baixo → TC abdome com protocolo para avaliação de adrenais

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos com suspeita clínica com indicação de investigação (desde que tenha sido afastado uso exógeno de corticóides)

Não há necessidade de solicitar exames laboratoriais ou de imagem na atenção primária

10.9. Acromegalia**Definição**

Síndrome clínica no adulto decorrente do aumento da produção de hormônio do crescimento

História clínica/ Quando investigar?

Estigmas e sintomatologia suspeita com os seguintes sintomas: crescimento exagerado de extremidades,, com ou sem estigmas de acromegalia, sudorese, artralguas,

pacientes jovens com DM ou HAS

Histórico de Acromegalia familiar, familiares ou história pessoal de NEM-1, Complexo deCarney

Exames complementares

O diagnóstico inicial inclui a avaliação dos níveis basais de GH, IGF-1 e teste de estímulo.

Se confirmado, exames de imagem devem ser realizados para avaliação da hipófise (RM selatúrcica)

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos com suspeita clínica com indicação de investigação

Não há necessidade de solicitar exames laboratoriais ou de imagem na atenção primária

10.10. Hiperprolactinemia

Definição

Síndrome clínica resultante do excesso de produção de prolactina (afastado gestação e amamentação)

História Clínica

Presença de galactorréia

Distúrbios menstruais

Redução da libido em ambos os sexos

Quadro sugestivo de NEM do tipo 1 (ex: hiperparatireoidismo associado a gastrinoma ou insulinooma) ou pacientes com familiares portadores de NEM do tipo 1

Exames complementares

Dosagem sérica de Prolactina, TSH e T4 livre

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos com suspeita clínica confirmada por 2 dosagens sérica de PROLACTINA aumentadas, dosadas em 2 ocasiões diferentes (sendo afastado causas fisiológicas como gestação e amamentação)

10.11. Hipogonadismo Masculino

Definição

Deficiência na síntese de testosterona e da síntese de espermatogênese. Pode ser causado por defeito primário (distúrbio androgênico do envelhecimento masculino, disfunções nos testículos congênitos ou adquiridos) ou central (hipofunção hipofisária ou hipotalâmica). Também pode ocorrer secundário a outras doenças como: Obesidade, Síndrome Metabólica, Diabetes descompensado, uso de esteróides anabolizantes, disfunções tireoidianas, hiperprolactinemia

Primário: testosterona baixa/ LH e FSH elevados/ Espermatogênese muito baixa

Central: testosterona baixa/ LH e FSH baixos/ Espermatogênese baixa

História clínica

Puberdade: ausência de caracteres sexuais secundários após 15 anos de idade avaliar sinais de desenvolvimento, Genitália ao nascimento, MP, criptorquidia, puberdade, sintomas do adulto

Exame físico: avaliar sinais de puberdade, estadiamento Tanner, histórico de Criptorquidia ou Alteração em genitália, avaliar proporções corporais (estatura, envergadura), presença de Ginecomastia, história de anosmia, Hipertrofia mamária + Testículos pequenos → Klinefelter?

Adultos: baixa libido, disfunção erétil, perda de massa muscular, perda da pilificação, ginecomastia, cansaço;

Avaliar: histórico de quimioterapia/ radioterapia, uso de álcool, dor/ torção testicular prévia, histórico de caxumba que evoluiu para edema testicular, trauma testicular, sintomas de SNC

(anosmia, cefaléia, alterações sugestivas de quiasma óptico), uso medicações (opióides, esteróides anabolizantes) avaliação testicular (comprimento 4-7 cm, volume 20-25 ml), avaliar se massa muscular é compatível, avaliar tipo de pilificação, barba, calvície

Quem deve ser investigado?

Screening populacional não recomendado.

Populações suspeitas de hipogonadismo .

Populações que potencialmente são hipogonádicas e poderiam beneficiar-se de tratamento.

Exames complementares

Testosterona total e livre calculada, SHBG, LH, FSH

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos com clínica suspeita + confirmação laboratorial

10.12. Tumores Hipofisários

Definição

Tumores de origem hipofisária, que podem ou não estar associados a hiperfunção de hormônios da hipófise.

História clínica

A maioria dos casos é assintomática, mas pode estar relacionada a sintomas compressivos como como perda da visão periférica (hemianopsia), tontura, cefaléia, e outros distúrbios da visão.

Muitas vezes são diagnosticados como “incidentalomas” na hipófise

Dependendo do tamanho e do grau de crescimento, pode causar deficiência da produção hormonal (hipopituitarismo)

Exames complementares

Dosagens de hormônios hipofisários e RM sela túrcica

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos com imagem confirmada (RM sela túrcica) Todos os casos de incidentalomas hipofisários

10.13. Tumores Adrenais

Definição

Tumores de origem adrenal, que podem ou não estar associados a hiperfunção de hormônios das adrenais (hipercortisolismo, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário ou tumores produtores de andrógenos.

História clínica/ Quando investigar?

Suspeita de HAS secundária, com pelo menos 1 dos fatores abaixo Início da HAS em idade < 30 e > 50 anos

Pacientes Hipertensos em estágio 2 ($\geq 160-179 \times 100-109$ mmHg) ou 3 ($\geq 180 \times 110$ mmHg) Paroxismos (cefaléia, sudorese e taquicardia)

Hipertensão refratária à medicação PA sistólica ≥ 140 e Pa diastólica ≥ 90 , mesmo em uso de 3 ou mais anti-hipertensivos

Hipertensos com incidentaloma adrenal (no caso de apenas incidentaloma adrenal sem HAS, triar apenas hipercortisolismo e feocromocitoma)

HAS com hipocalemia

Mulheres com sinais de hiperandrogenismo (clínico e/ou laboratorial) e/ou virilização abrupta (aumento e/ou engrossamento de pêlos, voz grossa, aumento da massa muscular, irregularidade menstrual, alopecia)

Muitas vezes são diagnosticados como “incidentalomas” adrenais

Exames complementares

Exames específicos devem ser solicitados pelo Endocrinologista, de acordo com a suspeita clínica de hiperprodução

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos acima

Todos os casos de incidentalomas adrenais

10.14. Diabetes Mellitus**Definição**

Síndrome clínica decorrente do aumento da hiperglicemia.

Exames complementares recentes para encaminhar ao AME

Glicemia de jejum, glicemia pós prandial, peptídeo C (quando possível)

uréia, creatinina, sódio, potássio, microalbuminúria TGO, TGP, GAMAGT

colesterol total e frações + triglicérides

tabela com medidas de glicemia capilar com no mínimo 3 medidas ao dia (jejum, 2h após almoço e ao deitar)

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos de diabetes descompensado mesmo após otimização recente com terapia medicamentosa e mudanças do estilo de vida, em que o médico da atenção primária esteja com dificuldade em realizar manejo na atenção primária

Todos os casos deverão ser encaminhados com glicemia de jejum e Hb glicada recentes e tabela com medidas de glicemia capilar com no mínimo 3 medidas ao dia (jejum, 2h após almoço e ao deitar)

NÃO devem ser encaminhados:

casos suspeitos sem diagnóstico confirmado laboratorialmente

casos sem terapia otimizada (o diagnóstico e terapia inicial devem ser instituídos, reavaliados e otimizados na atenção primária)

10.15. Diabetes Insipidus**Definição**

Síndrome clínica decorrente da deficiência de hormônio anti-diurético (ADH). Pode ocorrer em cerca de 30% das cirurgias hipofisárias, porém, na maioria das vezes, esse distúrbio é transitório. Em 0,5- 15% dos casos o DI é definitivo, em decorrência da destruição de mais de 90% dos neurônios magnocelulares dos núcleos supra-ópticos (NOS) e paraventriculares (NPVM).

História clínica

Poliúria (geralmente 4-18L/dia)

Polidipsia, com ingestão principalmente de água gelada

Hipovolemia presente ou não (depende da manutenção do nível de consciência e mecanismo da sede)

Exames complementares

Urina diluída: DU < 1005 ou Uosm < 200 mOsm/kg

Hipernatremia (≥ 145 mEq/L)

Hiperosmolaridade presente ou não (também depende da manutenção do nível de consciência e mecanismo da sede)

Se não houver hiperosmolaridade, é necessária a análise sob restrição hídrica:

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos (principalmente pacientes em pós operatório de cirurgia hipofisária com sintomas sugestivos)

11. Gastroenterologia**11.1. Constipação Intestinal****Definição**

Quadro clínico de etiologia multifatorial no qual ocorre alteração no funcionamento do intestino e padrão evacuatório, levando à diminuição da frequência ou dificuldade de eliminação das fezes.

A constipação pode não ser causada por doenças subjacentes. Algumas causas comuns incluem desidratação, dieta com baixa ingestão de fibras, sedentarismo ou efeitos colaterais de medicamentos.

A constipação intestinal pode ser primária ou secundária. As causas secundárias incluem: ingestão inadequada de líquidos e/ou fibras

Sedentarismo; uso abusivo de laxantes e algumas medicações; causas neurológicas (disfunção da medula espinhal, doença de Parkinson, esclerose múltipla) disfunções endócrino-metabólica (diabetes mellitus, hipotireoidismo); distúrbios eletrolíticos (uremia, hipercalcemia); causas psicológicas (depressão, anorexia, doença psiquiátrica, abuso sexual); doenças orgânicas (bloqueio mecânico/redução anatômica na luz intestinal, lesões neoplásicas intraluminais e extraluminais, doença inflamatória intestinal, doença diverticular, torções e bridas, irradiação, endometriose).

Os casos que não tiverem uma causa orgânica definida, são chamados de Constipação intestinal FUNCIONAL e seu diagnóstico é feito quando existem 2 ou mais dos seguintes critérios abaixo, desde que estejam presentes nos últimos 3 meses e iniciados há, pelo menos, 6 meses:

Esforço evacuatório em mais de 25% das evacuações

Fezes endurecidas em mais de 25% das evacuações

Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% das evacuações

Sensação de obstrução retal/bloqueio da saída das fezes em mais de 25% das evacuações

Manobras digitais para conseguir evacuar em mais de 25% das evacuações

Menos de 3 evacuações por semana

Fezes pastosas/normais são raras na ausência de laxantes

Não preencher critérios para Síndrome do intestino irritável

Tratamento clínico:

Aumento da oferta hídrica e fibras na dieta

Importante: afastar causas implicadas

Exames complementares

Laboratoriais: Hemograma, Cálcio total, Albumina, glicemia de jejum, Hb glicada, IgA, anticorpo anti-endomísio (IgA), TSH, T4 Livre

Protoparasitológico de fezes (3 amostras)

Colonoscopia (pacientes >50 anos de idade)

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos de constipação intestinal FUNCIONAL (sem causas orgânicas), refratários ao tratamento clínico com medidas clínicas e farmacológicas.

11.2. Colite Ulcerativa

Definição

É uma doença inflamatória crônica do cólon, intestino grosso, que se caracteriza por inflamação e ulceração da camada mais superficial.

Pode afetar apenas a parte inferior do cólon (reto) sendo então denominada “proctite ulcerativa”. Se a doença afetar apenas o lado esquerdo do cólon, ela é chamada de “colite distal ou limitada”. Se ela envolver todo o cólon, é “pancolite”.

A colite ulcerativa afeta apenas a camada mais superficial do cólon, enquanto a doença de Crohn pode afetar toda a espessura da parede intestinal. A colite ulcerativa e a doença de Crohn são diferentes da Síndrome do cólon irritável (que é um distúrbio de motilidade do trato gastrointestinal). Esta síndrome não tem relação com a colite ulcerativa ou doença de Crohn.

História Clínica

Diarréia crônica por um período superior à 2 semanas

Algumas manifestações que podem ocorrer: febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso, anemia

Exames complementares

Retossigmoidoscopia Colonoscopia com biópsia

Laboratoriais: Hemograma, ferro sérico, ferritina, VHS, PCR

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos

11.3. Doença de Crohn

Definição

É uma doença inflamatória do trato gastrintestinal, que afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), mas pode afetar qualquer parte do trato gastrintestinal.

História Clínica

Sintomas podem variar de leve a grave, habitualmente verifica-se: diarréia, dor abdominal tipocólica, perda de apetite e de peso subsequente, febre

Alguns casos formam estenose e fístulas intestinais e para outros órgãos Podem ainda ocorrer manifestações extra-intestinais:

Artrite periférica, espondilite anquilosante, sacroileíte Eritema nodoso

Pioderma gangrenoso Uveíte, irite

Colangite

Anemia hemolítica auto-imune

Exames complementares

Colonoscopia com biópsia Entero-

Tomografia Laboratoriais:

Hemograma, PCR

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos

11.4. Síndrome do Cólon Irritável

Definição

É um grupo de sintomas, incluindo dor abdominal e alterações no padrão de movimentos intestinais, sem que haja qualquer evidência de lesões subjacentes (não associado a alterações estruturais ou bioquímicas). Estes sintomas manifestam-se durante um longo período de tempo, em muitos casos ao longo de anos. É um diagnóstico de exclusão.

História Clínica

Dor abdominal recorrente, de início há pelo menos 6 meses, presente nos últimos 3 meses, pelo menos 1 dia por semana, associado a 2 ou mais dos seguintes critérios:

Relacionado à defecação (melhora ou piora) Associado a uma mudança na frequência das fezes Associado a uma mudança na aparência das fezes

Exames complementares

Colonoscopia com biópsias seriadas

Laboratoriais: Hemograma, glicemia de jejum, Hb glicada, IgA, anticorpo anti-endomísio (IgA), TSH, T4 Livre

Protoparasitológico de fezes (3 amostras)

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos de causas orgânicas

11.5. Cirrose Hepática

Definição

Anatomicamente definida como um processo inflamatório difuso de fibrose e formação de nódulos, acompanhando-se frequentemente de necrose hepatocelular. Apesar das causas serem diversas, todas acabam resultando em um mesmo processo.

História Clínica

40% dos casos podem ser assintomáticos

Algumas manifestações que podem ocorrer: icterícia, encefalopatia, aumento do volume abdominal (ascite), anorexia, eritema palmar, ginecomastia, hipertensão do sistema porta, sinais de hemorragia digestiva

Exames complementares

Ultrassonografia de abdome total Endoscopia digestiva alta Exames laboratoriais:

Hemograma e Coagulograma (TP e TTPA) Provas

de hemólise: Bilirrubinas total e frações

Enzimas hepáticas: TGP, TGO, GamaGT, Fosfatase alcalina

Sorologias para hepatite B (HbsAg, anti-HBc total e anti-HBs) e hepatite C (anti-HCV) Função

renal: creatinina e uréia

Exames metabólicos (lipidograma, glicemia de jejum, Hb glicada) Alfa-feto proteína

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos

11.6. Doença Ulcerosa Péptica

Definição

Caracteriza-se por evolução geralmente crônica, com surtos de ativação e períodos de acalmia resultantes de perda circunscrita de tecido em regiões do trato digestivo capazes de entrar em contato com a secreção cloridropéptica do estômago.

Diferencia-se pelas erosões pelo fato destas não atingirem a submucosa e, portanto, não deixarem cicatriz, na cura.

São mais comuns no duodeno e estômago

Os fatores de risco são: uso frequente de AINEs, gastrite crônica, presença de *Helicobacter pylori*.

História Clínica

Dor epigástrica em queimação, 2 a 3 horas, após refeições e que melhora com alimento. Perda de peso, vômitos, anorexia.

Exames complementares

Endoscopia digestiva alta com pesquisa de *Helicobacter pylori*.

Quando encaminhar para o AME

Casos não responsivos à terapêutica

Histórico familiar de neoplasia gástrica

Histórico de úlcera gástrica ou duodenal com recidiva dos sintomas

11.7. Doença Celíaca**Definição**

Doença mediada imunologicamente, causada por intolerância ao glúten, resultando em processo inflamatório da mucosa intestinal

História Clínica

Alguns casos podem ser assintomáticos ou com sinais de deficiência hormonal (vitamina B12, ácido fólico)

Geralmente é marcado pela presença de diarreia crônica, cólicas abdominais e desnutrição (IMC < 18,5 kg/m²)

Em adultos: fraqueza, anorexia, anemia, glossite, perda de peso, deficiência de vitamina D e cálcio (osteomalácia, osteopenia, osteoporose), dermatite herpetiforme

Exames complementares

Pesquisa de gordura nas fezes

Endoscopia digestiva alta com biópsia de segunda porção do duodeno

Exames laboratoriais:

Dosagem de IgA, Pesquisa de anticorpos anti-endomísio (IgA) e anti-gliadina

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos

11.8. Gastrite**Definição**

Doença inflamatória que se caracteriza por acometimento da mucosa gástrica

O processo é uma resposta normal do organismo quando ocorre uma agressão à sua integridade. A agressão, que desencadeia o processo, pode ser aguda ou crônica e, de acordo com seus tipos, permite classificar as diversas formas de gastrite

História Clínica

Dor epigástrica em queimação, náuseas, vômitos. Pode evoluir com hematêmese, melena

Exames complementares

Endoscopia digestiva alta com biópsia e pesquisa de *Helicobacter pylori*

Quando encaminhar para o AME

Casos não responsivos à terapêutica

Histórico familiar de neoplasia gástrica
 Histórico de úlcera gástrica ou duodenal tratadas, com recidiva dos sintomas
 Quadro clínico de desconforto digestivo persistente (2x pr semana, durante 4 semanas)

11.9. Pancreatite Crônica

Definição

Episódios decorrentes de inflamação aguda, evoluindo com lesão do órgão e má absorção.
 As causas mais frequentes são: alcoolismo, hipertrigliceridemia, hipercalcemia e hemocromatose

História Clínica

Dor abominal, perda de peso, esteatorréia, síndrome de má absorção

Exames complementares

Tomografia com contraste de abdome e pelve
 Exames laboratoriais: bilirrubina total e frações, TGO, TGP, GamaGT, gordura fecal (Sudan)

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos suspeitos

11.10. Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (Esteatose Hepática)

Definição

Doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) é definida como presença de esteatose hepática, na ausência de processo inflamatório, associada à Síndrome Metabólica (SM), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), obesidade e/ou dislipidemia, na ausência de outras etiologias. Esteato-hepatite não alcoólica (EHNA) representa a forma inflamatória que pode levar à fibrose avançada, cirrose e hepatocarcinoma. No Brasil, em torno de 20% da população geral é portadora de esteatose hepática. Entre os pacientes diabéticos, esse número alcança os 70%.

A grande importância da DHGNA é o seu potencial evolutivo para formas inflamatórias fibrosantes, e potencialmente para cirrose hepática e até mesmo carcinoma hepatocelular (CHC).

História Clínica

A maioria dos pacientes é assintomática e, quando presentes, os sintomas são inespecíficos (fadiga, dor abdominal vaga). Geralmente, o diagnóstico é feito durante o acompanhamento de outras condições por alteração de exames laboratoriais e/ou de imagem do abdome. No entanto, o diagnóstico pode ser realizado de forma tardia, na presença de disfunção hepática, hipertensão portal (hemorragia digestiva alta - HDA varicosa, ascite, encefalopatia hepática) e CHC, podendo ser evidenciado ao exame físico icterícia, telangiectasias, eritema palmar, ginecomastia, ascite e circulação colateral na região abdominal.

Exames complementares

Aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), Hemograma completo (contendo plaquetas), Albumina, Bilirrubinas, Tempo de protrombina, HBsAg e anti-HCV (ou testes rápidos para HBVe HCV);
 Exame de imagem abdominal que evidenciou a esteatose;

Quando encaminhar para o AME

Presença de esteatose hepática em ecografia ou outro exame de imagem com suspeita decirrose e/ou fibrose avançada;

Presença de esteatose hepática em pacientes com elevação persistentede aminotransferases;

Presença de esteatose hepática em pacientes com alto risco de fibrose avançada – diabéticos,obesos e maiores que 45 anos.

12. Ginecologia

12.1. Sangramento uterino anormal

Definição:

Alterações da menstruação decorrentes de aumento no volume, duração ou frequência de sangramento, causado também por alterações como Leiomiomas uterinos, Pólipos endometriais e Adenomiose. Tem grande importância pela sua frequência e por afetar negativamente aspectos físicos, emocionais, sexuais e profissionais, piorando a qualidade de vida das mulheres.

História Clínica:

Quadro clínico bastante variável conforme a etiologia do sangramento, levando desde a aumento na intensidade e/ou duração do fluxo menstrual, além de alterações no intervalo; dismenorréia; dor pélvica crônica; até aumento do volume abdominal; sintomas resultantes da compressão de órgãos adjacente, como por exemplo a bexiga e infertilidade em alguns casos.

Exames complementares:

Hemograma, Glicemia em jejum, TSH, Creatinina.

Citologia Oncótica

Ultrassonografia pélvica (transabdominal, transvaginal ou combinado)

Para diabéticas: Hemoglobina Glicada (8.0 é o valor limite para procedimentos cirúrgicos) Para

Hipotireoideas: T4 Livre

OBS 1: Pacientes deverão estar com suas comorbidades compensadas

OBS 2: Para casos potencialmente cirúrgicos o limite de IMC é de 35 para pacientes com comorbidades associadas e até 40 para pacientes sem comorbidades associadas.

Quando encaminhar para o AME:

Casos com indicação cirúrgica, ou seja, pacientes sintomáticas (dor, dismenorreia emetrorragia)

Tentativa de tratamento clínico falho (como uso de ACO por 6 meses)

Pacientes que precisam de rápido diagnóstico, como em casos suspeitos de neoplasia endometrial, poderão ser encaminhadas para realização de biópsia.

12.2. Incontinência Urinária

Definição

Queixa ou observação de perda involuntária de urina, que pode ser via uretral ou extra-uretral. A perda urinária via uretral pode ocorrer aos esforços e/ou por urgência miccional (incontinência de urgência). A incontinência extrauretral dá-se por fístulas. A classificação ocorre de acordo com o modo e o momento do início da incontinência: recente, repentina ou de início gradual e persistente. A incontinência urinária de início súbito, frequentemente indica um problema de bexiga. A cistite é a causa mais comum, assim como efeitos colaterais de medicamentos, distúrbios que afetam a mobilidade ou causam confusão mental, consumo excessivo de bebidas que contêm cafeína ou álcool e condições que afetam a bexiga ou a uretra.

História clínica

Perda de urina ao esforço (tossir, espirrar, rir, carregar peso, correr, caminhar)

Urgência urinária

Frequência urinária aumentada

Noctúria

Perda ao coito

Enurese noturna

Exames complementares

Hemograma, Glicemia em jejum, TSH, Creatinina Urina

1 e urocultura

Citologia Oncótica

Ultrassonografia pélvica (transabdominal, transvaginal ou combinado)

Para diabéticas: Hemoglobina Glicada (8.0 é o valor limite para procedimentos cirúrgicos) Para Hipotireoideas: T4 Livre

OBSERVAÇÃO 1: Pacientes deverão estar com suas comorbidades compensadas.

OBSERVAÇÃO 2: Para casos potencialmente cirúrgicos o limite de IMC é de 35 para pacientes com comorbidades associadas e até 40 para pacientes sem comorbidades associadas.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com queixa de perda urinária frequente, que cause incômodo ou limitação no desempenho de suas atividades, com exames de urina normais.

Pacientes refratárias à fisioterapia pélvica (quando indicado).

12.3. Prolapso Genital

Definição

É a prolapso dos órgãos pélvicos através da vagina, causada pelo enfraquecimento ou ruptura de fâscias e ligamentos responsáveis pela suspensão e sustentação desses órgãos.

História clínica

Sensação de peso ou “bola” na vagina; Dor pélvica;

Dispareunia;

Sintomas de obstrução ao fluxo urinário;

Urgência e incontinência de urgência;

Sangramento genital;

Dificuldade evacuatória; Vagina ampla;

Flatulência vaginal.

Exames complementares

Hemograma, Glicemia em jejum, TSH, Creatinina Urina

1 e urocultura

Citologia Oncótica

Ultrassonografia pélvica (transabdominal, transvaginal ou combinado)

Para diabéticas: Hemoglobina Glicada (8.0 é o valor limite para procedimentos cirúrgicos) Para

Hipotireoideas: T4 Livre

OBSERVAÇÃO 1: Pacientes deverão estar com suas comorbidades compensadas.

OBSERVAÇÃO 2: Para casos potencialmente cirúrgicos o limite de IMC é de 35 para pacientes com comorbidades associadas e até 40 para pacientes sem comorbidades associadas.

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos sintomáticos, de pacientes com desejo de correção cirúrgica ou uso de pessário, em caso de não haver desejo cirúrgico ou contra-indicação ao procedimento.

12.4. Dor Pélvica Crônica

Definição

Dor de qualquer caráter, referida no andar inferior do abdome, presente há 6 meses ou mais.

História clínica

A dor, sintoma principal, pode ter caráter cíclico, geralmente relacionando-se ao período menstrual, constante ou irregular;
Sintomas associados: genitais, gastrointestinais e/ou urinários.

Exames complementares

Hemograma, Glicemia em jejum, TSH, Creatinina Urina
1 e urocultura

Exame parasitológico de fezes

Citologia Oncótica

Ultrassonografia pélvica (transabdominal, transvaginal ou combinado)

Para diabéticas: Hemoglobina Glicada (8.0 é o valor limite para procedimentos cirúrgicos) Para

Hipotireoideas: T4 Livre

OBSERVAÇÃO 1: Pacientes deverão estar com suas comorbidades compensadas.

OBSERVAÇÃO 2: Para casos potencialmente cirúrgicos o limite de IMC é de 35 para pacientes com comorbidades associadas e até 40 para pacientes sem comorbidades associadas.

Quando encaminhar para o AME

Encaminhar paciente com algia pélvica crônica, sem possibilidade de definição diagnóstica ou tratamento eficaz na atenção primária, como uso de anticoncepcionais (quando indicado) ou moduladores de dor crônica (quando indicado).

Excluir causas proctológicas como constipação intestinal, doença hemorroidária.

12.5. Lesões Anexiais

Definição

Lesões que se localizam em anexos pélvicos como ovários, tubas uterinas, ligamentos e os resquílios embrionários dos ductos de Wolf. Apresenta-se frequentemente como achado incidental em ultrassonografia pélvica e transvaginal.

História clínica

- Dor pélvica;
- Dispareunia;
- Alteração do ciclo menstrual;

Exames complementares

Hemograma, Glicemia em jejum, TSH, Creatinina Urina
1 e urocultura

CEA e CA-125

Citologia Oncótica

Ultrassonografia pélvica transvaginal

Para diabéticas: Hemoglobina Glicada (8.0 é o valor limite para procedimentos cirúrgicos) Para

Hipotireoideas: T4 Livre

OBSERVAÇÃO 1: Pacientes deverão estar com suas comorbidades compensadas.

OBSERVAÇÃO 2: Para casos potencialmente cirúrgicos o limite de IMC é de 35 para pacientes com comorbidades associadas e até 40 para pacientes sem comorbidades associadas.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com cistos anexiais de paredes finas, com poucos e finos septos, sem áreas sólidas, sem história de emagrecimento ou sinais de ascite.

IOTA benigno ou indeterminado – classificação segundo a ultrassonografia.

Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico: sintomáticas; em menacme com lesão >10 cm; em menopausa com lesão >5 cm; lesões com áreas sólidas ou septos, se sugestivas de benignidade (ex: teratomas).

12.6. Cistos Vulvovaginais

Definição

São formações preenchidas por líquido e revestidas por tecido epitelial, resultantes da obstrução da drenagem das glândulas parauretrias e vestibulares, bem como de remanescentes embrionários.

História clínica

- Abaulamento vulvovaginal;
- Dispareunia;
- Disúria;
- Polaciúria;
- Dor.

Exames complementares

Hemograma, Glicemia em jejum, TSH, Creatinina Urina

1 e urocultura

Citologia Oncótica

Ultrassonografia pélvica transvaginal, quando possível, em pacientes com cistos no terço superior da vagina

Para diabéticas: Hemoglobina Glicada (8.0 é o valor limite para procedimentos cirúrgicos) Para

Hipotireoideas: T4 Livre

OBSERVAÇÃO 1: Pacientes deverão estar com suas comorbidades compensadas.

OBSERVAÇÃO 2: Para casos potencialmente cirúrgicos o limite de IMC é de 35 para pacientes com comorbidades associadas e até 40 para pacientes sem comorbidades associadas.

Quando encaminhar para o AME

Pacientes com queixas referentes aos cistos.

12.7. Esterilização Feminina**Definição:**

Laqueadura Tubária (LT) ou ligadura de tubas uterinas consiste no método de esterilização feminina caracterizado pelo corte e/ou ligamento cirúrgico das tubas uterinas.

Exames:

- Hemograma, Glicemia em jejum, TSH, Creatinina.
- Citologia Oncótica
- Para diabéticas: Hemoglobina Glicada (8.0 é o valor limite para procedimentos cirúrgicos)
- Para Hipotireoideas: T4 Livre

OBSERVAÇÃO: Pacientes deverão estar com suas comorbidades compensadas.

Quando encaminhar ao AME:

- Mulheres que manifestem desejo de realizar o método de esterilização definitiva e que estejam com os documentos do Planejamento Familiar da Atenção Primária a Saúde completos.

12.8. Cirurgia íntima feminina:**Definição:**

Procedimentos cirúrgicos na genitália feminina com o objetivo de melhorar o bem estar e a qualidade de vida da mulher.

Quadro clínico:

As condições que mais incomodam a mulher são a assimetria e hipertrofia dos pequenos lábios, flacidez de pequenos e grandes lábios, defeitos no introito vaginal, excesso de tecido adiposo suprapúbico, e dificuldade para obter satisfação sexual.

Exames:

Hemograma, Glicemia em jejum, TSH, Creatinina

Citologia Oncótica

Para diabéticas: Hemoglobina Glicada (O valor limite é de 8.0 para procedimentos cirúrgicos) Para

Hipotireoideas: T4 Livre

OBSERVAÇÃO 1: Pacientes deverão estar com suas comorbidades compensadas.

OBSERVAÇÃO 2: Para casos cirúrgicos o limite de IMC é de 35 para pacientes com comorbidades associadas e até 40 para pacientes sem comorbidades associadas.

Quando encaminhar ao AME:

Hipertrofia ou assimetria dos pequenos lábios percebida pela mulher que causa desconforto com atividades esportivas ou uso de roupas, dor ou aprisionamento intravaginal dos pequenos lábios durante a penetração vaginal;

Alterações genitais devidas à gravidez ou a lesão obstétrica que afetam a aparência da genitália ou que interferem na sensação prazerosa ao coito;

Frouxidão vaginal pós-parto que interfere na satisfação sexual da mulher

13. Hematologia

13.1. Anemia

Definição

Funcionalmente definido como uma diminuição da massa eritrocitária, que é responsável por fornecer o oxigênio aos tecidos periféricos. As causas podem ser agudas, conseqüentes à perda de volume, como ocorre nos sangramentos agudos que podem levar ao choque hipovolêmico ou por hemólise; ou crônicas, causadas por doenças hereditárias como talassemia e doença falciforme ou doenças adquiridas como deficiência de ferro, vitamina B12 e doenças crônicas. A anemia pode ser expressa por meio de 3 parâmetros: concentração de hemoglobina (g/dL), hematócrito (%) ou número de hemácias (células x 10¹²/L). Os valores destes parâmetros estão abaixo do intervalo de referência da normalidade determinado por cada laboratório.

Valores de referência		
	Mulheres	Homens
Hemoglobina (g/dL)	11,5 – 15,5	13,5 – 17,5
Hematócrito (%)	36 – 48	40 – 52
Eritrócitos (x10 ¹² /L)	3,9 – 5,6	4,5 – 6,5

Quadro Clínico

- Fraqueza, astenia, cansaço fácil, tonturas, zumbidos, dispneia aos esforços, palidez cutâneo-mucosa, queda de cabelos, unhas quebradiças, perversão ao paladar ou oligossintomática.

- É importante avaliar a história de perdas sanguíneas:

- Visíveis (epistaxe, gengivorragia, hematêmese, hemoptise)
- Invisíveis (hiperfluxo menstrual, melena, doença hemorroidária).

Exames complementares

- Hemograma completo e “Classificação Morfológica” da anemia;
- Ferrocinética: Reticulócitos, Ferritina, Índice de saturação de transferrina (IST);
- Vitamina B12, ácido fólico;
- Eletroforese de hemoglobina (se suspeita de Hemoglobinopatias);
- LDH, bilirrubina indireta e Coombs direto (se suspeita de Hemólise).

Quando encaminhar para o AME

- Anemia ferropriva refratária a reposição de ferro e sem causa aparente de perda sanguínea;
- Anemia macrocítica refratária a reposição de vitamina B12 e ácido fólico;
- Anemia acompanhada de outra citopenia (neutrófilos < 1.500/mm³ e plaquetas < 100mil/mm³);
- Suspeita ou diagnóstico de anemia falciforme ou de outras hemoglobinopatias;

- Suspeita ou diagnóstico de anemias hemolíticas;
- Anemia por causa desconhecida após investigação inconclusiva na APS.

Observação: Não há indicação de encaminhamento ao serviço especializado de pessoas exclusivamente com traço falciforme ou com traço talassêmico alfa ou beta. Essas pessoas podem seguir acompanhamento na APS com orientações sobre a sua condição genética.

13.2. Policitemia

Definição

Policitemia, também conhecida como eritrocitose, pode ser de etiologia primária, secundária ou relativa, hereditária ou adquirida. É definida como aumento da concentração periférica de hemoglobina e/ou do hematócrito:

- Em mulheres - hemoglobina > 16,0 g/dL e/ou hematócrito > 48% ;
- Em homens - hemoglobina > 16,5 g/dL e/ou hematócrito > 49%.

Quadro Clínico

- 90% dos pacientes afetados têm mais de 40 anos, ocorrendo especialmente a partir da sexta década de vida, embora possa ocorrer em qualquer idade, incluindo a infância. Geralmente a doença tem início insidioso, e os sintomas estão presentes em menos de 30% dos pacientes ao diagnóstico. O quadro clínico inclui cefaleia, pletora, prurido aquagênico, trombose (especialmente síndrome de Budd-Chiari), eritromelalgia e gota. Cerca de 75% dos pacientes apresentam esplenomegalia, trombocitose e leucocitose, podendo evoluir ainda com tromboembolias, eventos isquêmicos e hemorragias.

Exames complementares

- Hemograma completo (descrever hematoscopia se presente)

Quando encaminhar para o AME

- Policitemia em pessoas com sintomas sugestivos de Policitemia Vera: prurido após o banho, gota, trombose venosa ou arterial prévia, sangramento, esplenomegalia, perda ponderal, eritromelalgia (vasodilatação paroxística de pequenas artérias de pés e mãos e, com menor frequência, de face, orelhas e joelhos, desencadeando dor em queimação, aumento da temperatura da pele e rubor);
- Policitemia persistente em 2 hemogramas realizados com intervalo de 1 mês, após exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, uso de hormônios androgênicos, neoplasias) na APS.

Observação: Diagnóstico de Policitemia Vera (com biópsia de medula óssea ou mutação de JAK2 presente) deverá ser encaminhado para Serviço de Onco-Hematologia, o qual o AME-Américo Brasileiro não é referência.

13.3. Plaquetopenia

Definição

Também chamada trombocitopenia, é uma condição clínica muito frequente em nosso meio, definida pela contagem de plaquetas menor que 150.000/mm³, documentada na avaliação da lâmina do sangue periférico. A maioria dos casos está relacionada com doença secundárias e em poucos casos há alteração medular. Pode ser classificada em 3 estágios:

- Leve: entre 100 e 150.000/mm³
- Moderada: entre 50 e 99.000/mm³
- Grave: menor que 50.000/mm³

Quadro Clínico

A principal manifestação clínica é o sangramento, que pode ser representado por petéquias, equimoses, hematomas, epistaxe, gengivorragia, hematêmese/melena, hemoptise, entre outros.

Exames complementares

- É necessário descartar “psedo-plaquetopenia” que é causada pela contagem reduzida de plaquetas devido presença de grumos plaquetários secundários ao uso do anti-coagulante EDTA, solicitar contagem de plaquetas em tubo de CITRATO.
- Dosagem vitamina B12, ácido fólico
- Provas de hemólise: DHL, bilirrubinas total e frações, coombs direto, reticulócitos
- Função renal: creatinina e uréia
- Enzimas hepáticas: TGP, TGO, GamaGT, Fosfatase alcalina
- Sorologias (HIV, hepatites B e C)
- Eletroforese de proteínas
- Função tireoideana (TSH, T4 livre)
- Provas reumatológicas: FAN, fator reumatóide
- Provas inflamatórias: PCR, VHS
- Coagulograma (TP e TTPA)
- Ultrasonografia de abdome total

Quando encaminhar para o AME

- Trombocitopenia LEVE confirmada com citrato, por um período > 6 meses
- Trombocitopenias MODERADA/GRAVE: independente do tempo e somente os casos que não tiverem causa definida, ou seja, quando todos os exames complementares de investigação (acima citados) forem negativos.

13.4. Trombocitose

Definição

A trombocitose, também denominada hiperplaquetose, é o termo utilizado para definir uma alteração quantitativa do número de plaquetas quando há um aumento do número desses elementos > 450.000/ μ L, por mais de três meses. Pode ter etiologia reativa, que é a mais comumente encontrada, causada por processos inflamatórios crônicos, infecções ou neoplasias não hematológicas; ou etiologia primária, também chamada de essencial, oriunda de doença mieloproliferativa.

Quadro Clínico

Embora seja normalmente assintomática, especialmente quando é de etiologia reativa, pode levar a uma predisposição para a trombose. Os pacientes com trombocitose podem apresentar cefaleia (migrânea ocular), parestesias, hemorragia, eritromelalgia ou isquemia digital. A presença de trombocitose extrema (contagem de plaquetas > 1.500.000/ μ L) pode aumentar o risco de sangramento. Não há correlação entre a contagem de plaquetas e o risco de trombose macrovascular.

Exames complementares

- Hemograma completo (descrever hematoscopia se presente);
- Reticulócitos;
- Ferritina;
- Bioquímica com função renal, hepatograma e lipidograma.

Quando encaminhar para o AME

- Trombocitose com contagem superior a 1.000.000 plaquetas/mm³ e presença de sangramento ou trombose associados, após avaliação em serviço de urgência/emergência;
- Trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso/inflamatório atual, ferropenia, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS.

13.5. Citopenias (Bicitopenia ou Pancitopenia)

Definição

bicitopenia consiste na redução de duas das três linhagens hematopoiéticas e a pancitopenia das três, levando à anemia, leucopenia e plaquetopenia. Essa condição não é definidora de uma doença e pode estar relacionada a diversos processos patológicos com envolvimento primário ou secundário da medula óssea, precisando ser investigada. Citopenia grave é definida como hemoglobina < 7 g/dL, neutrófilos < 500 células/mm³ ou plaquetas < 50.000 células/mm³.

Quadro Clínico

Alguns pacientes podem ser assintomáticos. Quando presentes, os sintomas são associados a cada citopenia: A síndrome anêmica manifesta-se por fadiga, palpitações, cefaleia, intolerância ao esforço, dispneia e descompensação de doenças cardiovasculares. A neutropenia aumenta risco de infecções. Sangramentos diversos podem ocorrer pela plaquetopenia, desde hemorragias mucocutâneas como epistaxe, gengivorragia, petéquias e equimoses, até sangramentos mais graves como no trato digestivo e sistema nervoso central.

Exames complementares

- Hemograma completo;
- Testes rápidos para HBV, HCV, HIV;
- AST/TGO e ALT/TGP, GGT;
- Creatinina, Albumina, Tempo de protrombina;
- TSH, Vitamina B12, ácido fólico e LDH;
- Ultrassonografia abdominal.

Quando encaminhar para o AME

- Citopenia grave e manifestações clínicas suspeitas de neoplasia hematológica, após avaliação em emergência;

- Citopenias, sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS como: Infecções agudas e crônicas (como COVID-19, dengue, zika, chikungunya, rubéola, varicela, parvovírus, Epsteinbarr, citomegalovírus, leptospirose, hepatites B e C, HIV e tuberculose); Hiperesplenismo; Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide); Deficiência de nutrientes; Endocrinopatias; Doença renal; Medicamentos (metimazol, propiltiuracil, AINEs, IECA, antiarrítmicos, digoxina, tiazídicos, furosemida, metotrexato, hidroxicloroquina, clozapina, antidepressivo tricíclico, carbamazepina, ácido valproico, ticlopidina, cimetidina, ranitidina, quimioterápicos, entre outros).

Observação 1: Na vigência de diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunoistoquímico de neoplasia hematológica, o paciente deverá ser encaminhado para Serviço de Onco-Hematologia, o qual o AME - Américo Brasiliense não é referência.

Observação 2: São manifestações clínicas suspeitas de neoplasias hematológicas: Sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional), sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de gengiva), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, dor óssea, prurido, esplenomegalia e/ou linfadenopatia não explicadas por quadro infeccioso agudo, em vigência de bicitopenia ou pancitopenia.

13.6. Leucopenia

Definição

Considera-se leucopenia a redução na contagem do número absoluto de neutrófilos (<1.500/μL), geralmente com redução da leucometria global (leucócitos <4.000/μL). Já a linfopenia é definida como uma contagem de linfócitos abaixo de 1.500/μL. A leucopenia pode ser classificada em primária, secundária, transitória ou persistente. Quando o paciente estiver

assintomático ou sem sinais de gravidade, o hemograma deverá ser repetido em um período de 30 dias para confirmar a persistência da alteração.

Quadro Clínico

A maioria dos pacientes permanecem assintomáticos e quando ocorrem sintomas, eles geralmente resultam de infecções bacterianas.

Exames complementares

- Hemograma completo (descrever hematoscopia se presente);
- Testes rápidos para HBV, HCV, HIV;
- AST/TGO, ALT/TGP;
- Creatinina, albumina;
- GGT, tempo de protrombina;
- TSH, vitamina B12, ácido fólico e LDH;
- Ultrassonografia abdominal.

Quando encaminhar para o AME

- Leucopenia e citopenia grave em paciente com manifestações clínicas suspeitas de neoplasia hematológica, após avaliação em emergência;

- Leucopenia persistente (período superior a 30 dias), após exclusão de causas secundárias na APS como: Infecções agudas e crônicas (como COVID-19, dengue, zika, chikungunya, rubéola, varicela, parvovírus, Epsteinbarr, citomegalovírus, leptospirose, hepatites B e C, HIV e tuberculose); Hiperesplenismo; Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide); Deficiência de nutrientes; Endocrinopatias; Doença renal; Medicamentos (metimazol, propiltiuracil, AINEs, IECA, antiarrítmicos, digoxina, tiazídicos, furosemida, metotrexato, hidroxicloroquina, clozapina, antidepressivo tricíclico, carbamazepina, ácido valproico, ticlopidina, cimetidina, ranitidina, quimioterápicos, entre outros).

Observação: Na vigência de neutropenia febril (< 1.500 neutrófilos/mm³) ou concomitância com outras citopenias graves (hemoglobina < 7 g/dL; e/ou plaquetas < 50.000 células/mm³), o paciente deverá ser encaminhado imediatamente para Serviço de Urgência e Emergência

13.7. Leucocitose

Definição

Definido pela contagem de leucócitos > 10.000/mm³, sendo extremamente importante diferenciar qual a linhagem celular acometida (neutrófilos, linfócitos, monócitos, eosinófilos ou basófilos) para adequada investigação etiológica. De modo geral, as causas mais frequentes de leucocitose incluem infecções, mas também estar presentes em neoplasias, leucemia e situações de estresse orgânico como exercícios extenuantes, convulsões, gravidez e parto.

Quadro Clínico

- O quadro clínico é variável conforme a linhagem comprometida mas de maneira geral, pode observar-se presença de alterações respiratórias, lesões cutâneas, tontura, sudorese, febre, sangramento em mucosas, parestesias em membros, alterações visuais e perda ponderal.

Exames complementares

Dois resultados de hemogramas (com intervalo de 4 semanas) confirmando a leucocitose.

Quando encaminhar para o AME

- Leucocitose persistente em dois exames (com intervalo de 30 dias) após exclusão de causas secundárias (quadros infecciosos, medicamentos - como lítio, carbamazepina, salbutamol, fenoterol, corticosteroides) na APS;

- Eosinofilia persistente após exclusão de causas secundárias na APS (Parasitoses, Reações alérgicas, Neoplasias, Radiação, Doenças autoimunes, Imunodeficiências, Medicamentos como AINES;

Aspirina; Ranitidina; Antimicrobianos: cefalosporinas, penicilinas, tetraciclina; Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenitoína, lamotrigina, ácido valproico; Hidroclorotiazida; Ciclosporina; Sulfassalazina; Alopurinol);

- Leucocitose persistente sugestiva de neoplasia hematológica:

- Leucocitose persistente às custas de linfócitos (> 4.000 células/mm³ e inversão da proporção entre neutrófilos segmentados e linfócitos), ou manchas de Gumprecht no esfregaço de sangue periférico (sugestivas de linfoproliferação crônica); ou
- Leucocitose persistente às custas de granulócitos, com presença de formas jovens (desvio à esquerda), na ausência de causas secundárias, como processo infeccioso ou uso de medicamentos; ou
- Monocitose persistente (> 1.000 células/mm³), na ausência de causas secundárias como infecções, uso de corticosteroides, malignidade, pós-esplenectomia, doenças autoimunes e vasculites.

Observação: Manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda: fadiga generalizada, fraqueza, palidez, sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de mucosas), infecções recorrentes, esplenomegalia e/ou linfadenopatia não explicadas por quadro infeccioso agudo; ou presença de blastos e/ou promielócitos no sangue periférico; ou evidência de hiperleucocitose (leucócitos > 100.000 células/mm³); deverão ser encaminhadas imediatamente para Serviço de Urgência e Emergência.

13.8. Distúrbios Hemorrágicos

Definição

As doenças hemorrágicas abrangem diversas condições clínicas, sendo caracterizadas por hemorragias de gravidade variável, espontâneas ou pós-traumáticas, congênitas ou diagnosticadas ocasionalmente, relacionadas a doenças hematológicas ou outras condições sistêmicas incluindo uso de medicamentos. A hemostasia encontra-se prejudicada nas doenças hemorrágicas, as quais podem ser divididas em dois grandes grupos, a depender onde se encontra a falha na hemostasia: Disfunção ou redução dos níveis de plaquetas (Púrpuras e outros distúrbios plaquetários) e Ausência ou redução dos níveis dos fatores de coagulação (Coagulopatias hereditárias, cujos exemplos mais comuns são a Hemofilia e Doença de Von Willebrand).

Quadro Clínico

Em distúrbios plaquetários observa-se sangramento superficial envolvendo a pele ou as membranas mucosas. Sinais como petéquias, sangramento em mucosas e hematomas apresentam-se comumente. Ocorrem imediatamente após o trauma e não recorrem após parada. Já os sangramentos que são causados devido a defeitos na hemostasia secundária, como em um paciente com hemofilia, geralmente envolvem tecidos profundos e podem resultar na formação de hematoma intramuscular, hemartrose, hemorragias retroperitoneal, gastrintestinal, geniturinária e cerebral. O sangramento nesses indivíduos pode ocorrer algum tempo após o trauma, evidenciando a inabilidade de o tampão plaquetário ser estabilizado de forma correta.

Exames complementares

- TP e TTPa (repetir o exame alterado);
- Resultados de exames laboratoriais para investigação de causa secundária (hemograma, plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, albumina, GGT, creatinina e urina 1);
- Ultrassonografia abdominal (se realizado).

Quando encaminhar para o AME

Suspeita de coagulopatia pela presença de:

- Sangramento excessivo após pequenos cortes ou procedimentos; ou
- Presença de sangramentos espontâneos como hematomas, menorragia desde a menarca, hemartroses; ou
- História familiar de distúrbio hemorrágico em parente de primeiro grau; ou

- Tempo de protrombina (TP) e/ou tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) acima dos valores de normalidade, após exclusão de causas secundárias (doença hepática, síndrome nefrótica e uso de anticoagulantes) na APS.

13.9. Trombofilias

Definição

A trombofilia é definida como tendência à trombose decorrente de alterações hereditárias (deficiência de proteína C, S e antitrombina; mutação do fator V de Leiden; e mutação do gene da protrombina) ou de alterações adquiridas da coagulação (síndrome antifosfolípide), que levam a estado pró-trombótico, o qual predispõe a trombooses venosas ou arteriais.

Quadro Clínico

As apresentações clínicas mais comuns incluem a trombose venosa profunda (TVP) de membros inferiores e embolia pulmonar (EP), embora mais raramente o episódio trombótico possa ocorrer em outros sítios (veias retinianas, mesentéricas, de membros superiores, cerebrais, e tromboflebitides superficiais de repetição). Pacientes com trombofilia de origem genética exibem ainda predisposição aumentada para a ocorrência de tromboembolismo venoso (TEV), que tende a ser recorrente e acometer predominantemente indivíduos relativamente jovens, e em até 1/3 dos casos com história familiar positiva para TEV.

Exames complementares

Ultrassonografias ou Angiotomografias prévias demonstrando presença de TEV.

Quando encaminhar para o AME

Episódio de tromboembolismo venoso (TEV) idiopático, ou seja, não explicado por fatores de risco transitórios nos últimos 3 meses (cirurgia, trauma, imobilização, gravidez ou puerpério), uso de anticoncepcional hormonal; e ausência de neoplasia ativa conhecida, diagnóstico de trombofilia ou história familiar de tromboembolismo venoso/trombofilias; em pessoa com uma ou mais das seguintes características:

- Episódio de TEV ocorreu antes dos 45 anos; ou
- História de TEV antes dos 45 anos em familiar de primeiro grau; ou
- TEV em sítio incomum (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral); ou
- TEV recorrente (dois ou mais eventos tromboembólicos);
- Pacientes com história de aborto recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana gestacional), após exclusão de causa ginecológica.

Observação: Não há indicação de encaminhar para Hematologia pacientes com diagnóstico de trombofilia para anticoagulação. Esses casos devem manter seguimento na Atenção Primária à Saúde.

13.10. Linfonodomegalia periférica e esplenomegalia

Definição

Considera-se um linfonodo aumentado quando este apresenta diâmetro maior que um centímetro. Entre as principais causas estão infecções, neoplasias, doenças autoimunes, causas iatrogênicas.

Já a esplenomegalia (aumento do baço) é uma manifestação comum em moléstias hematológicas ou primárias de outros órgãos, tendo como causas mais frequentes as congestivas, infecciosas, inflamatórias não infecciosas, anemias, doenças de depósito e neoplasias. A esplenomegalia não deve ser considerada uma doença, mas, sim, parte de um quadro clínico mais amplo, e por isso deve determinar a busca de outros sinais e sintomas que permitam identificar a afecção primária.

Quadro Clínico

São muitas as causas de linfonodomegalia periférica. O quadro abaixo mostra as principais causas de linfonodomegalia periférica localizada conforme a cadeia acometida e área de drenagem:

Cadeia	Área de drenagem	Principais causas
Cervical	Couro cabeludo, cavidade oral, laringe e pescoço.	Infecções cutâneas, abscessos dentários, infecções de vias aéreas superiores, reacional após vacinação (COVID-19, dT/dTpa, BCG, tríplice viral, raiva), citomegalovírus, infecção por herpes vírus tipo 6 mononucleose, tuberculose, micobacterioses atípicas, HIV, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático cervical de tireoide, cabeça e pescoço).
Pré-auricular	Conjuntiva, canal auditivo e couro cabeludo anterior e temporal.	Conjuntivites (virais ou bacterianas), otite externa, infecções cutâneas locais.
Pós-auricular e suboccipital	Regiões parietal e temporal do couro cabeludo.	Infecções bacterianas e fúngicas do couro cabeludo, otite externa, rubéola.
Supraclavicular	Trato gastrointestinal, geniturinário e pulmões.	Neoplasia maligna metastática ou hematológica. Linfonomegalia supraclavicular direita sugere neoplasia de mediastino, pulmões ou esôfago, enquanto à esquerda (nódulo de Virchow) sugere neoplasia intra-abdominal (estômago, vias biliares, pâncreas, rins, testículos, ovários, linfoma ou próstata).
Axilar	Membros superiores, mama e tórax.	Doença de arranhadura do gato, infecções cutâneas, reacional após prótese de silicone, reacional após vacinação (COVID-19, dT/dTpa, BCG, tríplice viral, raiva), carcinoma de mama metastático, melanoma metastático.
EpitrocLEAR	Ulna, antebraço e mão.	Infecções cutâneas de mãos e antebraços, sarcoidose, tularemia, sífilis, neoplasia hematológica.
Inguinal	Abdome inferior, genitália externa/pele, canal anal, membros inferiores.	Celulite, IST, neoplasia (hematológicas, cutâneas de membros inferiores e tronco e metastática de região perianal e vulva e colo uterino).

Quadro 1: Principais causas de linfonodomegalia periférica localizada conforme cadeia acometida e área de drenagem. Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021) adaptado de DynaMed (2018), Ferrer (2019).

A esplenomegalia pode ocasionar sintomas ou sinais independentemente de sua etiologia. A manifestação mais comumente associada à esplenomegalia volumosa é a sensação de peso e desconforto no hipocôndrio ou hemiabdomen esquerdo, na grande maioria das vezes, indolor à palpação.

Exames complementares

- Hemograma completo;
- Testes rápidos para HIV, HCV, HBV e Sífilis;
- Exames para avaliação hepática (AST/TGO, ALT/TGP, tempo de protrombina, albumina,GGT);
- Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG (se disponível);
- Sorologia para citomegalovírus IgM e IgG (se disponível);
- Radiografia de tórax;
- Ultrassonografia abdominal.

Quando encaminhar para o AME

- Linfonomegalia/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
- Linfonomegalia associada a sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional);
- Linfonomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo;
- Esplenomegalia isolada não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.

13.11. Hiperferritinemia

Definição

Hiperferritinemia é definida como valores de ferritina superiores a 200 µg/L para mulheres e a 300 µg/L para homens. Enquanto a hipoferritinemia é altamente específica para deficiência de ferro na ausência de inflamação, a hiperferritinemia é um achado não específico, estando apenas 10% dos casos relacionados a uma sobrecarga de ferro, enquanto o restante é visto como reacional a casos inflamatórios agudos ou crônicos e/ou hipóxia (doenças hepáticas crônicas, síndrome metabólica, consumo de álcool, sepse, autoimunidade, malignidades).

Em situações em que haja presença de hiperferritinemia associado a saturação de transferrina elevada (≥45%), pode haver indícios de sobrecarga de ferro verdadeira e a suspeita principal de hemocromatose hereditária.

Quadro Clínico

A hiperferritinemia geralmente é um achado ocasional na avaliação clínica e laboratorial de rotina, sendo a grande maioria dos pacientes assintomáticos, mas a presença de sintomas como astenia, dor abdominal, perda de peso, artralgia, queda de cabelo, alterações nos ciclos menstruais, impotência sexual, arritmias cardíacas, edema e atrofia testicular, podem ser observados em alguns casos.

Exames complementares

- Ferritina sérica;
- Índice de saturação da transferrina (IST);
- Hemograma completo (descrever hematoscopia se presente);
- AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, GGT;
- Testes rápidos para HBV, HCV e HIV;
- Glicemia, perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicérides);
- Proteína C reativa;
- Ultrassonografia abdominal (se realizada).

Quando encaminhar para o AME

- Suspeita de hemocromatose (hiperferritinemia com índice de saturação de transferrina maior que 45%);
- Hiperferritinemia após exclusão de causas secundárias na APS.

14. Infectologia

14.1. HIV

Definição

O HIV é um vírus, que pode ser transmitido por via sexual, sanguínea ou pelo leite materno, que causa uma infecção crônica no organismo. Se esta infecção não for adequadamente tratada, o paciente pode evoluir para uma fase onde ocorre deficiência imunológica grave (Síndrome da imunodeficiência adquirida - Aids), com presença de sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas.

Quadro clínico

Fases da infecção:

Infecção Aguda pelo HIV : Ocorre nas primeiras semanas após a infecção pelo vírus HIV, quando este está se multiplicando intensivamente nos tecidos linfóides. Neste período encontramos uma alta carga viral e níveis decrescentes de células T - CD4+. Nesta fase, o paciente é altamente infectante e pode manifestar sintomas como: febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. As manifestações da infecção aguda são autolimitadas e a maior parte dos sinais e sintomas desaparecem em três a quatro semanas.

Fase de Latência clínica: Nesta fase o exame físico costuma ser normal, porém pode ocorrer a persistência da linfadenopatia. Podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais, a plaquetopenia pode ser um achado comum, além de anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leves. Se a contagem das células CD4+ permanecerem acima de 350 céls/mm³, os quadros infecciosos mais frequentes são as infecções bacterianas.

AIDS: Nesta fase o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da fase AIDS. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são: sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino.

Exames complementares

Hemograma, função renal, hepática, perfil metabólico; RX tórax;
PPD;
Carga viral e Contagem de células T CD4+;

Quando encaminhar ao AME

Acompanhamento de pacientes com LT-CD4+ menor que 350 céls
Investigação de infecções oportunistas
Investigação de resistência ao tratamento antirretroviral

14.2. Sífilis

Definição

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior. A sífilis pode ser transmitida por relação sexual sem preservativos com uma pessoa infectada ou para a criança durante a gestação ou parto.

Quadro clínico

Pode ser classificada em:

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”. Normalmente, ela não dói, não

çoça, não arde e não tem pus, podendo estar acompanhada de adenomegalia inguinal. Essa ferida desaparece sozinha, independentemente de tratamento.

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 treponema. Pode ocorrer febre, mal-estar, dor de cabeça, adenomegalia generalizada. As manchas desaparecem em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura.

Latente - Fase assintomática: Não aparecem sinais ou sintomas. Pode ser dividida em: latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). A duração dessa fase é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

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.

Neurossífilis: Comprometimento do sistema nervoso central pelo *Treponema pallidum*. Podem ocorrer sintomas motores, demência, meningite, vasculite, dentre outras manifestações.

Exames complementares

Teste treponêmico (Fta Abs) / Teste não treponêmico (VDRL); Líquor (celularidade, glicose, proteína, VDRL); Tomografia de crânio / Ressonância de encéfalo;

Quando encaminhar ao AME

Casos com manutenção de VDRL elevado após tratamento adequado; (OBS: o tratamento é considerado adequado quando ocorre a queda dos títulos de VDRL, 2 títulos em um período de 3 meses ou 3 títulos em um período de 6 meses)
Investigação de neurossífilis;

NÃO encaminhar investigação de sífilis em gestantes;

14.3. Tuberculose

Definição

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. A doença afeta prioritariamente os pulmões (forma pulmonar), embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. A forma extrapulmonar, que afeta outros órgãos que não o pulmão, ocorre mais frequentemente em pessoas vivendo com HIV, especialmente aquelas com comprometimento imunológico.

Quadro clínico

Forma ativa da doença: A maioria dos casos de TB se manifestam com a doença pulmonar. O principal sintoma da tuberculose é a tosse, podendo ser seca ou secretiva, com duração de três semanas ou mais. Outros sintomas que podem surgir são: perda de peso, febre vespertina e sudorese noturna.

Infecção latente (ILTB): A ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sem manifestação da doença ativa. As pessoas com ILTB possuem um risco de adoecimento, uma vez que o bacilo pode ser reativado caso a resposta imunológica esteja alterada.

Exames complementares

Baciloscopia, teste rápido molecular e cultura de escarro; RX de tórax; PPD ou IGRA;

Quando encaminhar ao AME

Investigação de ILTB
Investigação de TB em atividade (pulmão, neurotuberculose...)

NÃO encaminhar TB resistente, estes casos devem ser acompanhados no ambulatórioTES do HCRP

14.4. Micoses endêmicas

Definição

As micoses são infecções causadas por fungos, cujas formas infectantes estão intimamente relacionadas ao bioma e a fatores geoclimáticos: solo, vegetação, clima, umidade, altitude, etc. As micoses atualmente são classificadas em grupos, de acordo com o envolvimento no tecido e o modo de entrada (mecanismo de infecção) no hospedeiro.

Quadro clínico

Subcutâneas ou de implantação: resultam da implantação traumática do fungo através da pele ou mucosa, decorrente de acidentes com espinhos, palha ou lascas de madeira, contato com vegetais em decomposição, ou menos frequentemente, por traumas relacionados a alguns animais. Manifestam-se como lesão supurada da pele ou do tecido subcutâneo, produto da disseminação do fungo por contiguidade ou por via linfática, com lesões variadas, tanto no aspecto, como na localização. Como exemplo desse grupo de micoses, estão: a cromoblastomicose, a esporotricose, a entomoftromicose, a feohifomicose subcutânea (fungos negros), a lobomicose e os micetomas.

Sistêmicas: adquiridas por inalação de conídios (formas infectantes), causam uma lesão primária pulmonar e as lesões extrapulmonares resultam de disseminação hematogênica. Exemplo: blastomicose, coccidioidomicose, criptococose, feohifomicose sistêmica, histoplasmose, paracoccidioidomicose.

Oportunistas: acometem indivíduos com imunodeficiência. Porta de entrada variável, quadro clínico variável. As lesões podem ser cutâneas, subcutâneas, sistêmicas. Exemplo: aspergilose, mucormicose, fusariose, candidíase sistêmica e pneumocistose.

Exames complementares

Radiografia de tórax ou Tomografia de tórax;
Sorologias para fungos;
Cultura e teste micológico direto das lesões;
Biópsias;

Quando encaminhar ao AME

Investigação e tratamento de Micoses Sistêmicas Endêmicas
Investigação de recidivas

14.5. Leishmaniose Visceral

Definição

A Leishmaniose Visceral é uma zoonose de evolução crônica, com acometimento sistêmico e, se não tratada, pode levar a óbito até 90% dos casos. É transmitida ao homem pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado, denominado flebotomíneo e conhecido popularmente como mosquito palha, asa-dura, tatuquiras, birigui, dentre outros. No Brasil, a principal espécie responsável pela transmissão é a *Lutzomyia longipalpis*.

Quadro clínico

A Leishmaniose Visceral é uma doença infecciosa sistêmica que pode se manifestar com febre de longa duração, perda de peso, hepato e esplenomegalias, astenia, anemia e até pancitopenia com aparecimento de sangramentos em uma fase mais avançada da infecção.

Exames complementares

Testes sorológicos
Exame direto, cultura, biópsia de medula óssea/baço ou fígado

Quando encaminhar ao AME

Investigação de Leishmaniose Visceral e tratamento;

NÃO encaminhar suspeita de leishmaniose cutâneo-mucosa, estes casos devem ser avaliados pela dermatologia;

14.6. Febre de origem indeterminada

Definição

Febre de origem desconhecida é a temperatura corporal $\geq 38,3^\circ \text{C}$ em várias ocasiões, com duração por mais de 3 semanas e com diagnóstico incerto após 1 semana de investigação em internação hospitalar;

Quadro clínico

As causas da febre de origem desconhecida geralmente são divididas em 4 categorias: Infecções (25 a 50%), Doenças do tecido conjuntivo (10 a 20%), Neoplasias (5 a 35%) e Diversas (15 a 25%).

As **infecções** são as causas mais comuns de febre de origem desconhecida. Nos pacientes infectados pelo HIV devem-se procurar infecções oportunistas (p. ex., tuberculose, infecção por micobactéria atípica, fungos disseminados, ou citomegalovírus).

Doenças comuns do tecido conjuntivo são lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, artrite de células gigantes, polimialgia reumática, tireoidite, vasculite e artrite reumatoide juvenil de adultos (doença de Still em adultos).

As **causas neoplásicas mais comuns** são linfoma, leucemia, carcinoma de células renais, carcinoma ovariano, mixoma atrial, doença de Castleman, carcinoma hepatocelular emetástases. No entanto, a incidência de causas neoplásicas de febre de origem desconhecida diminuíram, provavelmente porque elas são detectadas por ultrassonografia e TC, que agora são amplamente utilizadas durante a avaliação inicial da febre.

As **causas diversas importantes** incluem reação farmacológica, trombose venosa profunda, embolia pulmonar recorrente, sarcoidose, doença inflamatória intestinal e febre factícia.

Exames complementares

Exames bioquímicos, sorológicos

Exame de imagem (Tomografia, ecocardiograma, ultrassonografia)

Quando encaminhar ao AME

Encaminhar pacientes para investigação de febre de origem indeterminada que sigam os critérios de definição (elencados acima).

14.7. Herpes Simples de Repetição

Definição

O **herpes** simples vírus é comumente associado a lesões de membranas mucosas e pele, ao redor da cavidade oral (herpes orolabial) e da genitália (herpes anogenital). O vírus do herpes simples determina quadros variáveis benignos ou graves. Há dois tipos de vírus: o tipo-1, responsável por infecções na face e tronco, e o tipo-2, relacionado às infecções na genitália e de transmissão geralmente sexual. Entretanto, ambos os vírus podem infectar qualquer área da pele ou das mucosas. Uma característica importante do vírus é a capacidade de permanecer em latência por longos períodos de tempo, podendo sofrer reativação periódica, gerando doença clínica ou sub-clínica. O herpes de repetição caracteriza-se pela ocorrência de um episódio ou mais de sintomas de herpes em um período de 6 meses.

Quadro clínico

Na manifestação do herpes simples labial em pacientes imunocompetentes podem ser distinguidos os 3 períodos clínicos da doença: (1) prodromico, (2) clínico ativo e (3) reparatório: **Período Prodromico**: ocorre até 24 horas antes da doença se manifestar. O portador de herpes simples recorrente pode prever com antecedência de até 24 horas o aparecimento das vesículas e bolhas na pele ou mucosas, pois detecta a sintomatologia do local. Este fica dolorido nas primeiras 12 horas, depois torna-se discretamente edemaciado, eritematoso, com prurido e ardência.

Período Clínico Ativo: pode durar de 2 a 4 dias, sucede o período prodromico, a pele ou mucosa se torna eritematosa e hipertérmica com o aparecimento das primeiras pápulas, que evoluem rapidamente para vesículas e bolhas cheias de líquido citrino, normalmente agrupadas (em cachos);

Período Reparatório: estabelece-se quando as vesículas e bolhas reduzem, gradativamente, de volume e o exsudato seroso é reabsorvido, desde que não tenham sido rompidas anteriormente. O local, agora seco, apresenta-se recoberto por escamas e crostas amareladas e/ou escuras que duram, em média, de 2 a 4 dias.

Exames complementares

Sorologias para herpes simples; Raspados, biópsias das lesões suspeitas;

Quando encaminhar ao AME

Investigação e tratamento de herpes de repetição (mais de um episódio de herpes labial ou genital em um período de 6 meses);

14.8. Infecção do Trato Urinário de Repetição

Definição

Infecções do trato urinário (ITUs) correspondem à presença de microorganismos patogênicos nas vias urinárias inferiores ou superiores. São frequentemente consideradas um dos subtipos mais comuns de infecção bacteriana em humanos. Tais infecções podem acometer o trato urinário baixo, manifestando-se como uretrites e cistites, ou alto, manifestando-se como pielonefrites. Um número mais restrito de mulheres pode desenvolver quadros cronicamente recorrentes de ITUs, dando origem à condição conhecida como ITU recorrente, ou ITU de repetição, que é definida como o diagnóstico de três episódios de infecção no curso de 12 meses, ou dois episódios em seis meses, com demonstração objetiva de resolução de cada um dos episódios após tratamento.

Quadro clínico

Os sintomas da cistite e da pielonefrite são diferentes. Na cistite, há geralmente dor ao urinar, urgência para urinar, aumento da frequência do desejo de urinar, e dor suprapúbica (na parte inferior do abdome). A febre, na maior parte das vezes, não está presente. O que pode ocorrer, é alteração do odor, aspecto e cor da urina, embora nem sempre.

Já na pielonefrite, que se inicia habitualmente após um quadro de cistite, ocorre, frequentemente, febre alta (geralmente superior a 38°C), associada a calafrios e dor lombar uni ou bilateral. Febre, calafrios e dor lombar formam a tríade de sintomas característicos da pielonefrite, estando presentes na maioria dos casos.

Exames complementares

Exame de urina rotina e urocultura;
Exames de imagem (urografia excretora, tomografia, ultrassonografia);
Cistoscopia;

Quando encaminhar ao AME

Investigação e tratamento de ITU de repetição (3 episódios ou mais nos últimos 12 meses ou dois episódios em 6 meses);

14.9. Hepatites Virais

Definição

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma infecção que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções que não apresentam sintomas. Entretanto, quando presentes, podem se manifestar como: fadiga, febre, mal-estar, tontura, náuseas, vômitos, dor abdominal, icterícia, colúria e acolia fecal. As infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente se tornam crônicas. Contudo, por nem sempre apresentarem sintomas, grande parte das pessoas desconhecem ter a infecção. Isso faz com que a doença possa evoluir por décadas sem o devido diagnóstico. O avanço da infecção pode causar graus variados de fibrose, aumentando o risco de desenvolvimento de cirrose e carcinoma hepatocelular.

Quadro clínico

Hepatite A: A transmissão da hepatite A é fecal-oral.. A doença tem grande relação com alimentos ou água contaminados, baixos níveis de saneamento básico e de higiene pessoal. Geralmente, quando presentes, os sintomas são inespecíficos, podendo se manifestar inicialmente como: fadiga, mal-estar, febre, mialgia. Esses sintomas iniciais podem ser seguidos de sintomas gastrointestinais como: náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação ou diarreia, colúria, acolia fecal e icterícia. Os sintomas costumam aparecer de 15 a 50 dias após a infecção e duram menos de dois meses, ocorrendo cura desta infecção.

Hepatite B: Na maioria dos casos não apresenta sintomas e muitas vezes é diagnosticada décadas após a infecção, com sinais relacionados a outras doenças do fígado, como astenia, tontura, náuseas/vômitos, febre, dor abdominal e icterícia. A principal forma de prevenção é por meio da vacinação.

Hepatite C: A Hepatite C é um processo infeccioso e inflamatório causado pelo vírus C da hepatite e que pode se manifestar na forma aguda ou crônica, sendo esta segunda a forma mais comum. A hepatite crônica pelo HCV é uma doença de caráter silencioso que se caracteriza por um processo inflamatório persistente no fígado. Aproximadamente 60% a 85% dos casos se tornam crônicos e, em média, 20% evoluem para cirrose ao longo do tempo. Uma vez estabelecido o diagnóstico de cirrose hepática, o risco anual para o surgimento de carcinoma hepatocelular (CHC) é de 1% a 5%.

Exames complementares

Sorologias para hepatites virais; Exames de função hepática; Ultrassom de abdome;

Quando encaminhar ao AME

Investigação de hepatites virais;

NÃO encaminhar casos para tratamento de hepatite, estes pacientes devem ser encaminhados para serviços de referência para o tratamento de hepatites virais.

15. Mastologia

15.1. Investigação de Lesões suspeitas de malignidade ao exame de imagem

Definição:

Presença de alterações sugestivas de malignidade em exames de rastreamento, realizados em mulheres assintomáticas ou aqueles realizados com finalidade diagnóstica, para confirmar ou afastar a suspeita da doença maligna, em mulheres que apresentam sinais e sintomas, sendo eles:

- > qualquer nódulo mamário palpável em mulheres com mais de 50 anos;
- > nódulo mamário palpável em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- > nódulo mamário palpável de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- > descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- > lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- > homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;
- > presença de linfadenopatia axilar;
- > aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- > retração na pele da mama e mudança no formato do mamilo.

Quadro Clínico:

Os principais sinais radiológicos de malignidade são: calcificações suspeitas, nódulos irregulares e/ou espiculados, assimetria e distorção arquitetural.

Nódulos que apresentam a classificação BIRADS 4 ou 5 independentemente da subcategoria, devem ser submetidos à biópsia:

- > BIRADS 4A – lesões com risco baixo de malignidade, entre 2% a 10%;
- > BIRADS 4B – com risco moderado, entre 11 a 50%;
- > BIRADS 4C – lesões com risco alto, entre 51 a 94%.

Aqui podem ser incluídas os agrupamentos de calcificações finas e irregulares, heterogêneas grosseiras, calcificações amorfas (sem forma definida), distorções arquiteturais e os nódulos mal definidos.

- > BIRADS 5: Achados altamente suspeitos, as lesões têm chance de malignidade maior ou igual a 95%.

Aqui estão incluídos os nódulos espiculados e as calcificações pleomórficas, ou seja, de formas irregulares e tamanhos e densidade variadas. A conduta de ordem é a biópsia de mama.

Exames complementares:

Nódulos mamários palpáveis têm indicação de avaliação com exame de imagem (se idade <30 anos com Ultrassonografia, na persistência por mais de 1 ciclo menstrual; e se idade \geq 30 anos com mamografia e ultrassonografia).

Quando encaminhar ao AME:

a) Nódulo palpável em mulheres com alto risco para câncer de mama, sendo elas:

- Mulheres com história familiar de:
 - > pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou
 - > pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou
 - > pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou
 - > homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama.
- Mulheres com história de irradiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos;
- Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal in situ;
- Mulheres com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras.

b) Nódulo palpável ao exame físico, mesmo com exame de imagem sem lesão suspeita, nas seguintes condições:

- > nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual
- > nódulo palpável recente depois da menopausa;
- > nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual em mulher com menos de 30 anos, com exame de imagem negativo (lesão não visualizada);
- > nódulo palpável em mulher com menos de 30 anos, com ecografia mostrando lesão sólida \geq 3 cm ou com alta suspeita clínica;

c) Paciente assintomática com BI-RADS categoria 3 com indicação precisa de Terapia de Reposição Hormonal - provável indicação de citologia e/ou histologia.

15.2. Lesões ou Nódulos benignos palpáveis

Definição:

Representam um espectro de desordens em que se observa presença de lesões palpáveis ao exame físico e/ou anormalidades em exames de imagem.

Quadro Clínico:

Lesões ou nódulos mamários podem ser detectado pela própria paciente incidentalmente; em exame físico de rotina com seu ginecologista ou clínico; ou através de exames de imagem. Podem ser desde assintomáticos ou acompanhados de sintomas como:

mastalgia e alteração do padrão estético da mama. Habitualmente têm as bordas bem delimitadas e lisas, são móveis, de consistência fibroelástica, indolores, podendo ser únicos ou múltiplos, de crescimento lento ou rápido. Não levam a alterações cutâneas e linfadenomegaliareacional.

Exames complementares:

Nódulos mamários palpáveis têm indicação de avaliação com exame de imagem (se idade < 30 anos com Ultrassonografia, na persistência por mais de 1 ciclo menstrual; e se idade ≥ 30 anos com mamografia e ultrassonografia).

Quando encaminhar ao AME:

- > Cisto simples sintomático (dor/desconforto); ou
- > Lesão benigna sintomática (dor/desconforto/assimetria mamária), como fibroadenoma ou lipoma, em que mesmo com confirmação benigna (por biópsia ou imagem) haja desejo de exérese cirúrgica; ou
- > Abscesso subareolar crônico recidivante que persiste após suspensão do tabagismo quando esse é a principal etiologia; ou
- > Pacientes com mamas acessórias ou supranumerárias que desejem cirurgia; ou
- > Descarga papilar bilateral leitosa sem hiperprolactinemia, descartadas causas secundárias, se desejado tratamento pela paciente.

Observação:

Encaminhar para Endocrinologia casos em que haja descarga papilar bilateral leitosa com hiperprolactinemia, não induzida por medicação.

15.3. Mama ou mamilos supranumerários ou axilares

Definição:

São alterações congênitas, de caráter benigno, que geralmente, não demandam tratamento específico para fins clínicos. Entretanto, a depender do seu tamanho e do nível de incômodo estético que ela provoca, o paciente pode se submeter à cirurgia de remoção da mama ou mamilo extras.

Quadro Clínico:

Na maioria dos casos, as mamas e mamilos extras são menores, menos definidos e menos desenvolvidos do que os regulares, se localizam ao longo da linha mamária, logo abaixo da mama regular, podendo ser uni ou bilaterais. Não costumam causar incômodos adicionais a não ser o estético.

Exames complementares:

Se mama supranumerária: Ultrassonografia.

Quando encaminhar ao AME:

Presença de mama ou mamilo supranumerário com incômodo estético, prejuízo social e/ou em qualidade de vida, com desejo de remoção cirúrgica.

Observação: O AME - Américo Brasiliense - é referência para casos de baixa/média complexidade, portanto, casos potencialmente cirúrgicos sem comorbidades deverão ter IMC abaixo de 40 e com comorbidades abaixo de 35.

16. Nefrologia

16.1. Doença Renal Crônica

Definição

A Doença Renal Crônica (DRC) é um conjunto de alterações clínicas e laboratoriais causadas por agressão persistente e irreversível ao rim. Ela decorre de diversas condições clínicas, sendo hipertensão e diabetes as principais causas de doença renal terminal. É uma doença com repercussões globais, que pode ser identificada em sua fase inicial com exames de baixo custo e, assim, possibilitar a prevenção de sua evolução.

Quadro Clínico

Taxa de filtração glomerular (TFG) < 60ml/min/1,73m² com duração de ao menos 3 meses, com ou sem evidência de lesão renal identificável; OU

Sinais de lesão renal presente por ao menos 3 meses, independentemente da taxa de filtração glomerular, definidos como:

- > Albuminúria;
- > Hematúria (excluídas causas urológicas);
- > Anormalidades estruturais renais (identificadas em exames de imagem ou durante procedimentos cirúrgicos);
- > Anormalidades anatomopatológicas (identificadas em biópsias renais).

Exames Complementares

- Creatinina, Ureia, Urina 1, Albuminúria (Relação Albuminúria/Creatinúria ou microalbuminúria amostra ou albuminúria em 24 horas), Hemograma, Potássio, Fósforo e PTH;
- Ultrassonografia de Rins e Vias urinárias (se realizado).

Quando encaminhar ao AME

- DRC e taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 mL/min/1,73m² (estágio 4 e 5);
- DRC e TFG < 45 mL/min/1,73m² (DRC estágio 3b, 4 e 5) com complicações associadas à doença renal crônica e não atribuíveis a outra etiologia (anemia refratária, hipercalemia refratária, hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperparatireoidismo, hipertensão resistente);
- Piora rápida da função renal;
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários);
- Alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal.

16.2. Litíase Renal para avaliação metabólica

Definição

A litíase renal é uma das doenças mais frequentes do trato urinário. Acomete principalmente, indivíduos do sexo masculino, na proporção de 3:1, tendo seu pico de incidência entre os 30 e 50 anos de idade. A recorrência da litíase renal é comum e aproximadamente 50% dos pacientes apresentarão um segundo episódio de litíase, após 5 a 10 anos do primeiro, se não forem submetidos a nenhum tipo de tratamento.

Quadro Clínico

- Dor lombar acompanhada de hematúria micro/macrosscópica (com comprovação laboratorial); e/ou
- Eliminação de cálculo; e/ou
- Comprovação radiológica e ultrassonográfica da presença atual ou progressiva de cálculo; e/ou
- Evidência de procedimentos prévios para retirada de cálculo.

Exames Complementares

- Urina 1, Urocultura, Cálcio (preferencialmente ionizado), Ácido Úrico, Fósforo e Creatinina;
- Pelo menos exame de imagem evidenciando o cálculo: Rx simples de abdome, Ultrassonografia de rins e vias urinárias ou Tomografia computadorizada de abdome inferior/pelve.

Quando encaminhar ao AME

- Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS;

- Impossibilidade de fazer a avaliação metabólica dos cálculos renais, quando indicado, com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

16.3. Proteinúria

Definição

Considera-se como proteinúria a excreção de proteína superior a 150mg/dia, que pode ser dosado em uma coleta de urina de 24 horas ou em uma relação aleatória de proteína urinária/creatinina (valores > 0,3 são anormais); para albumina, acima de 30 mg/g/dia. A presença de proteinúria é um achado indicativo de comprometimento renal. Está presente no estágio inicial da doença renal antes de o comprometimento da função poder ser detectado. A perda de função renal está diretamente relacionada à quantidade de proteinúria e, quando associada à hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, agrava o prognóstico da doença renal.

Quadro Clínico

A proteinúria é, normalmente, assintomática, sendo detectada por exames laboratoriais, mas eventualmente os pacientes podem relatar espumúria e edema periférico, que associado à hipoalbuminemia, hiperlipidemia, hipercoagulabilidade (com risco aumentado de eventos tromboembólicos), presença de infecções, insuficiência renal aguda e hipovolemia, compõe parte do quadro clínico observado na Síndrome Nefrótica, onde há perda muito significativa de proteína, com valores de proteinúria > 3,5 g/24h. Já presença de hipertensão arterial; diminuição de débito urinário; hematúria macro ou microscópica são mais frequentes na Síndrome Nefrítica em que a perda de proteína habitualmente é inferior a 3,5g/24h.

Exames Complementares

Creatinina, Ureia, Urina 1, Albuminúria (Relação Albuminúria/Creatinúria ou microalbuminúria amostra ou albuminúria em 24 horas), Hemograma, Sódio, Potássio, Fósforo, Cálcio, Ácido úrico, Albumina sérica, Colesterol total e frações, Glicemia em jejum, Transaminases hepáticas, Testes rápidos para HIV, Hepatites B e C e Sífilis.

- Ultrassonografia de Rins e Vias urinárias (se realizado).

Quando encaminhar ao AME

- Síndrome nefrótica e nefrítica, após avaliação em serviço emergência (quando indicado);
- Proteinúria a nível nefrótico (> 3,5 g/24h);
- Proteinúria associada à hematúria ou à presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários);
- Albuminúria ou proteinúria moderadamente (30 a 300 mg/24h) ou gravemente aumentada (> 300 mg/24h), confirmada em 2 exames, com intervalo de 2 a 4 semanas, sem causa identificada na APS;
- Para pacientes com DM1, DM2 com diagnóstico há mais de 5 anos, HAS complicada e/ou DRC com TFG < 60 mL/min/1,73m², encaminhar apenas se relação albuminúria/creatinúria ≥ 300 mg/g confirmado mesmo após 6 meses de tratamento clínico otimizado com IECA/BRA, controle pressórico e/ou glicêmico.

16.4. Doença policística renal

Definição

A Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) é a enfermidade renal hereditária mais comum em seres humanos, cuja prevalência mundial é estimada entre 1:400 e 1:1000 habitantes, e representa a terceira causa da Doença Renal Crônica (DRC) estágio 5, afetando 5%-13% dos pacientes em hemodiálise na Europa e Estados Unidos. É caracterizada por progressivo crescimento e desenvolvimento de múltiplos cistos renais bilaterais que destroem o parênquima funcional, bem como por manifestações extrarrenais (cistos em outros órgãos, anormalidade valvular cardíaca, aneurismas cerebrais, hérnias abdominais, dores pelo corpo, colecistopatia calculosa e doença diverticular).

Quadro Clínico

A doença policística renal costuma progredir de forma silenciosa por décadas, só provocando sintomas

em fases tardias. Os cistos em si não causam sintomas até estarem consideravelmente volumosos, quando, eventualmente, podem causar hematúria e dor lombar, sintomas mais frequentes. Pode-se também observar hipertensão arterial sistêmica, proteinúria, piora de função renal, litíase renal e infecção urinária, além das manifestações extra renais já mencionadas.

Exames Complementares

- Ultrassonografia de rins e vias urinárias (se realizado);
- Creatinina, Ureia, Urina 1, Albuminúria (Relação Albuminúria/Creatinúria ou microalbuminúria amostra ou albuminúria em 24 horas), Hemograma, Potássio, Fósforo.

Quando encaminhar ao AME

- Todos os casos suspeitos para doença policística renal:
 - > História familiar positiva e:
 - pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais; ou pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim; ou pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim.
 - > História familiar negativa e:
 - 10 ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos.

16.5. ITU de repetição

Definição

Infecção urinária recorrente é definida como a presença de três ou mais episódios de infecção do trato urinário (ITU) em 6 meses ou quatro ou mais episódios em 1 ano. É fundamental a comprovação das ITUs por urocultura.

Quadro Clínico

Apesar de tais episódios serem geralmente leves e autolimitados, eles podem determinar um prejuízo significativo na qualidade dos pacientes acometidos. Fatores de risco comportamentais, como frequência de relação sexual, coito anal seguido de coito vaginal e uso de espermicida (em especial quando utilização conjunta ao diafragma); algumas anormalidades anatômicas, como: distância pequena entre a uretra e ânus, presença de cistocele, prolapso uterino e retocele; mulheres na pós-menopausa; incontinência urinária e disfunções miccionais; litíase renal; uso de cateterização prolongada ou intermitente, apresentam maior risco de infecção recorrente por alterações mecânicas e outros fatores fisiológicos.

Exames Complementares

- Urina 1 e Urocultura;
- Ultrassonografia de rins e vias urinárias (se realizado).

Quando encaminhar ao AME

Infecção do trato urinário (ITU) recorrente (duas ou mais ITU no período de 6 meses ou três ou mais em um ano) mesmo com profilaxia adequada por 6 meses e manejo clínico otimizado, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

16.6. Hipertensão Arterial sistêmica resistente

Definição

Hipertensão resistente é definida como valores pressóricos acima das metas desejáveis com o uso adequado de três anti-hipertensivos de classes diferentes. Esses pacientes têm maior chance de eventos cardiovasculares e de apresentarem causa secundária para hipertensão. Pacientes cuja pressão é controlada com mais de quatro anti-hipertensivos também são classificados com hipertensão resistente, a qual não deve ser confundida com hipertensão não controlada, pois muitas pessoas estão fora do alvo pressórico por má adesão ao tratamento ou uso de subdoses de anti-hipertensivos.

Quadro Clínico

O paciente com HAR apresenta comumente algumas características que o distinguem daqueles com a não resistente, tais como: idade mais avançada; obesidade; perfil de alta ingestão de sal; DRC; diabetes; presença de LOA (lesão de órgão alvo), como a hipertrofia ventricular esquerda; sexo feminino e raça negra.

Exames Complementares

- MAPA (Monitorização ambulatorial da pressão arterial); e/ou
- MRPA (Monitorização residencial da pressão arterial);
- Eletrocardiograma;
- Creatinina, Ureia, Urina 1, Albuminúria (Relação Albuminúria/Creatinúria ou microalbuminúria amostra ou albuminúria em 24 horas) e Hemograma.

Quando encaminhar ao AME

Hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena (preferencialmente diurético tiazídico, inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor de angiotensina e anlodipino) em paciente com doença renal crônica e taxa de filtração glomerular < 60 mL/min/1,73m² (estágio 3, 4 e 5), após otimizar adesão ao tratamento;

- Suspeita de hipertensão secundária:

- > Hipertensão grave ou com lesão em órgão-alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti- hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético);
- > Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos;
- > Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar).

17. Neurologia

A neurologia no AME Américo Brasileiro atende pacientes para investigação diagnóstica neurológica ou que já possuem diagnóstico e necessitem orientações terapêuticas breves para compensação da doença. É um ambulatório de média complexidade e com previsão de seguimento de curta duração.

17.1. Patologias atendidas

São pertinentes para encaminhamento:

- Pacientes com sinais e sintomas de doenças neurológicas ainda sem diagnóstico (para investigação).
- Pacientes com doença neurológica de média complexidade que necessitem investigação etiológica ou ajustes terapêuticos, tais como:
 - Cefaleia
 - Epilepsia
 - Demências
 - Doença de Parkinson
 - Neuropatias periféricas (neuropatias, radiculopatias, plexopatias, etc)
 - Doenças neuromusculares (miopatias, neuronopatias, doenças da junção neuromuscular)
 - Síndromes medulares
 - Espasticidade
 - Acidente Vascular Cerebral
 - Trombose Venosa Cerebral
 - Distúrbios do movimento (ataxias, distonias, coreias, discinesias, etc).
 - Neuralgia do Trigêmeo e dores faciais de origem neurológica presumida

17.2. Patologias não atendidas

Não são pertinentes para avaliação no AME Américo Brasileiro:

- Patologias que precisem de tratamento por **neurocirurgia**, como:
 - hérnias de disco com déficit motor
 - tumores cerebrais ou medulares

- hidrocefalia
- Patologias **nerológicas de alta complexidade** que necessitam de avaliação diagnóstica e/ou **seguimento contínuo em nível terciário**:
- Doenças Desmielinizantes (esclerose múltipla, neuromielite óptica)
- Epilepsia farmacorresistente (sem controle de crises após tratamento com 02 ou mais medicações com dose terapêutica adequada).
- Síndromes neurogenéticas
- Doença de Parkinson avançada e/ou Parkinsonismos atípicos
- Patologias neurológicas **agudas e emergências neurológicas**: devem ser reguladas para internação em regime de urgência e emergência (AVC agudo, mielopatias agudas, hemorragias intracranianas, surto de doença desmielinizante, polineuropatia aguda como Síndrome de Guillain Barré, etc.).
- **Distúrbios Respiratórios do Sono** (ex. apneia)

Exames recomendados para encaminhamento conforme suspeita diagnóstica:

A solicitação dos exames antes ou concomitantemente ao encaminhamento trará agilidade ao diagnóstico e melhor aproveitamento do recurso das consultas, através de direcionamento por protocolo. Entretanto, não é obrigatória a realização de todos os exames para o atendimento da primeira consulta neurológica no AME. Exames adicionais poderão ser solicitados durante a investigação.

- Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Isquêmico Transitório:
 - Tomografia de crânio da fase aguda, eletrocardiograma, ecocardiograma, estudo de vasos cervicais (Ultrassom, angiotomografia ou angioressonância), exames laboratoriais (glicemia jejum, hemoglobina glicosilada, lipidograma, função renal, CPK e TSH).
- Trombose Venosa Cerebral:
 - Tomografia de crânio e angiotomografia de crânio
- Cefaleia
 - Tomografia de crânio com contraste quando houver suspeita de cefaleia secundária (cefaleia associada a déficit neurológico focal, perda visual ou síncope)
- Polineuropatias e doenças neuromusculares (ex. Doença do Neurônio Motor, Miopatias e Doenças da junção neuro-muscular)
 - Eletro-neuromiografia e triagem laboratorial de doenças metabólicas (TSH, hemoglobina glicosilada, hemograma, dosagem de vitamina B12, função renal e hepática, CPK)
- Epilepsias
 - Eletroencefalograma e tomografia ou ressonância de crânio.
- Demências
 - Tomografia de crânio e triagem laboratorial de causas metabólicas (TSH, hemoglobina glicosilada, hemograma, dosagem de vitamina B12, função renal e hepática)
- Distúrbios do movimento e parkinsonismo
 - Tomografia de crânio
- Tremor essencial
 - Não são necessários exames
- Doenças desmielinizantes
 - Ressonância de crânio e de coluna total e exames gerais. Encaminhar preferencialmente para nível TERCIÁRIO com prioridade para investigação e tratamento.
- Síndromes medulares
 - Ressonância de coluna

18. Oftalmologia

18.1. Catarata

Definição

Opacificação do Cristalino (lente natural do olho humano)

História clínica

Baixa acuidade visual indolor e progressiva (geralmente lenta, mas pode ter evolução rápida). Pode ser assimétrica

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Prejuízo na qualidade de vida devido à piora da acuidade visual

Paciente que deseja ser submetido à cirurgia (não existe tratamento clínico/conservador)

18.2. Pterígio

Definição

Degeneração elastótica da conjuntiva

História clínica

Hiperemia, irritação e sensação de corpo estranho. Presença de lesão triangular que avança sobre a córnea, obstruindo a visualização da íris.

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Irritação ocular, mesmo com otimização de colírio lubrificante e uso regular (ex: lacrifilm ou lacrima plus ou systane ou fresh tears, 5 vezes ao dia)

Piora da acuidade visual secundário ao pterígio (astigmatismo na regra elevado, acometimento de eixo visual)

18.3. Entrópio

Definição

É a inversão da borda da pálpebra.

História clínica

Hiperemia, irritação e sensação de corpo estranho, presença de cílios tocando o globo ocular

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Irritação ocular, sensação de corpo estranho, lacrimejamento, presença de ceratite corneana puntata

Paciente que deseja ser submetido à cirurgia (não existe tratamento clínico/conservador)

18.4. Ectrópio

Definição

É a eversão da borda da pálpebra.

História clínica

Hiperemia, irritação e sensação de corpo estranho e lacrimejamento

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Irritação ocular e sensação de corpo estranho

Paciente que desejar ser submetido à cirurgia (não existe tratamento clínico/conservador)

18.5. Lagoflato**Definição**

É a impossibilidade de oclusão da fenda palpebral. Pode ter origem neural (lesão do nervo facial) ou cicatricial.

História clínica

Hiperemia, irritação e sensação de corpo estranho, lacrimejamento, ceratite puntacta, úlcera corneana

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Irritação ocular, sensação de corpo estranho, piora da acuidade visual, ceratite puntacta, úlcera corneana

18.6. Ptose**Definição**

Queda da margem palpebral superior em diferentes graus, de origem aponeurótica, miogênica, neurogênica e mecânica

História clínica

Queixa estética ou funcional com comprometimento do eixo visual

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Queixa estética ou funcional com comprometimento do eixo visual

Paciente que desejar ser submetido à cirurgia (não existe tratamento clínico/conservador)

18.7. Dermatocalase**Definição**

Excesso de pele em pálpebras superiores e inferiores

História clínica

Queixa estética ou funcional com comprometimento do eixo visual

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Queixa estética ou funcional com comprometimento do eixo visual
 Paciente que deseja ser submetido à cirurgia (não existe tratamento clínico/conservador)

18.8. Lesões palpebrais

Definição

Lesões de pálpebra como hordéolo, calázio, nevus, verruga vulgar, dermatite seborreica, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma, xantelasma, cisto sebáceo, hemangioma, queratose actínica, lentigo

História clínica

Queixa estética ou avaliação por suspeita neoplásica

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos

18.9. Obstrução de via lacrimal

Definição

Obstrução de via lacrimal sendo comum em idosos e crianças

História clínica

Lacrimejamento, edema palpebral, episódios de dacriocistite

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos acima de 16 anos.

Paciente que deseja ser submetido à cirurgia (não existe tratamento clínico/conservador)

18.10. Estrabismo

Definição

Perda do alinhamento ocular (“olho torto”)

História clínica

Desvio ocular, podendo estar presente desde a infância ou adquirido devido a causas secundárias (como paralisias dos nervos da musculatura ocular). Está diretamente relacionada à ambliopia (“olho preguiçoso”) quando não detectado e tratado devidamente na infância. Pode ser progressivo, com o aumento do ângulo do desvio. Gera queixas estéticas tanto na infância quanto na vida adulta, e pode gerar diplopia (visão dupla) quando adquirido tardiamente.

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar para o AME

Crianças maiores de 8 anos com suspeita/diagnóstico de estrabismo.

Paciente já com diagnóstico de estrabismo que deseja ser submetido à cirurgia (a cirurgia tem fim apenas estético).

Paciente adulto com quadro de diplopia (visão dupla) acompanhado ou não de estrabismo

19. Ortopedia geral

19.1. Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar

Definição

A lombalgia é a segunda causa mais comum de consultas médicas gerais, perdendo apenas para o resfriado comum. Entre 65% e 80% da população mundial desenvolve dor na coluna em alguma etapa de suas vidas, mas em 90% dos casos há resolução espontânea em 8 semanas. Os principais fatores de risco para o seu desencadeamento e cronificação são obesidade, sedentarismo, depressão, tabagismo, atividade profissional, hábitos posturais e fatores genéticos. De modo geral, estão diretamente relacionadas à perda de massa muscular e tem forte associação com alterações mecânicas e funcionais. Somente de 10% a 20% dos casos têm causa orgânica bem estabelecida.

Quadro Clínico

A dor se limita à região lombar e nádegas, raramente se irradia para coxas. Pode aparecer subitamente pela manhã e acompanhar-se de escoliose antálgica. O episódio doloroso tem duração média de 3 a 4 dias e após esse período, o paciente volta à normalidade, com ou sem tratamento. Somente deverão ser encaminhados ao ortopedista os casos crônicos, em que houverem falhas no tratamento clínico e medicamentoso.

Exames Complementares

Radiografia da coluna lombar (AP e perfil) com data (obrigatório para encaminhamento).

Quando encaminhar ao AME

Artropatias/discopatias degenerativas com dor crônica de caráter mecânico;
Escoliose com grau de curvatura alto (superior a 40 graus) e sintomática;
Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado (definido como tratamento medicamentoso, exercícios físicos e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente) por 6 meses.

19.2. Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical

Definição

A cervicalgia está comumente associada a contraturas e distensões musculares. Causas frequentes estão representadas por artrose das articulações intervertebrais, fibromialgia e lesões traumáticas com movimento de desaceleração súbito. Apresenta maior prevalência em indivíduos de meia idade, principalmente do sexo feminino e os principais fatores de risco incluem o trabalho repetitivo, longos períodos de flexão cervical, estresse, tabagismo e traumatismos prévios do pescoço e ombros.

Quadro Clínico

Com quadro clínico muito diversificado, pode manifestar-se como dor cervical, rigidez do pescoço, cefaleia, dor em ombros, no tórax, no dorso, ou parestesia e dor em membros superiores.

Exames Complementares

Radiografia da coluna cervical (AP e perfil) com data (obrigatório para encaminhamento).

Quando encaminhar ao AME

Artropatias/discopatias degenerativas com dor crônica de caráter mecânico; Dor cervical sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
Dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado (definido como tratamento medicamentoso, exercícios físicos e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente) por 6 meses.

19.3. Dor no Ombro

Definição

Na população geral, a dor no ombro é uma das queixas mais comuns e incapacitantes do sistema musculoesquelético, superada apenas pela dor na região lombar e joelho. O aparecimento de dor no ombro pode ocorrer sem nenhuma causa direta, ou pode estar relacionada a trauma, movimentos repetitivos, falta de uso e distensões. A lesão do manguitorotador é a causa mais frequente de dor nessa articulação e pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária sendo potencializada com o envelhecimento e a ocupação laborativa ou recreativa.

Quadro Clínico

Os sintomas específicos de dor no ombro variam consideravelmente. Quando a dor no ombro é grave, pode irradiar para outras regiões do corpo, incluindo o braço e cotovelo (mas não geralmente abaixo do cotovelo) e certas áreas do pescoço (mas não geralmente a coluna cervical superior, ou a cabeça). Outros sintomas incluem fraqueza muscular, movimento limitado do braço e da mão, com dificuldade em vestir-se e interrupção do sono.

Exames Complementares

Radiografia de Ombro em 3 posições (AP, axilar e Y de escápula) com data (obrigatório para encaminhamento);
Ultrassonografia da articulação do ombro.

Quando encaminhar ao AME

Dor e/ou deformidade de ombro que não melhoram após tratamento clínico otimizado (definido como tratamento medicamentoso, exercícios físicos e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente) por 6 meses;
Processos degenerativos de ombro com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento otimizado;
Lesão do manguito rotador e síndrome do impacto com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento otimizado;
Lesões tendíneas traumáticas ou não, evidenciadas em exame de imagem;
Bursites.

19.4. Dor no Quadril**Definição**

A articulação do quadril é de extrema importância na marcha e sustentação do peso corporal. A dor lateral no quadril é extremamente frequente, afetando por volta de 2 a cada mil pacientes, sendo 80% dos casos em pacientes do sexo feminino, acima dos 50 anos de idade.

As causas mais frequentes de dor nesta região estão relacionadas à fraqueza ou desequilíbrios musculares, que resultam em sobrecarga e alterações biomecânicas e podem levar a um quadro inflamatório dos tendões e/ou bursas do quadril. Alterações da marcha (“mancar”) e patologias da coluna podem favorecer o quadro.

Quadro Clínico

A queixa mais comum é dor no decúbito lateral sobre o quadril inflamado. A sensação de queimação e desconforto impede a permanência nessa posição por período prolongado e pode acordar o paciente do sono. A dor pode ser desencadeada por esforços, como andar, sentar e levantar, subir e descer escadas. A sensação de fraqueza pode ocorrer após longos períodos com dor e limitação funcional.

Exames Complementares

Radiografia de Bacia AP com data (obrigatório para encaminhamento).

Quando encaminhar ao AME

Dor crônica de quadril que não melhora após tratamento otimizado (definido como tratamento medicamentoso, exercícios físicos e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente) por 6 meses;
Tendinites/Bursites de quadril ou tendinite de glúteos, sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado;
Síndrome do impacto femoroacetabular;

Epifisiólise com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial; Lesão laboral.

20. Ortopedia joelho

20.1. Lesão Meniscal

Definição

A lesão meniscal é a alteração mais comum do joelho com incidência média anual de 66 por 100.000. As lesões degenerativas do menisco desenvolvem-se lentamente e tipicamente envolvem uma clivagem horizontal do menisco em pessoas de meia idade ou idosos. Essas lesões de menisco são frequentes na população em geral e são muitas vezes achados incidentais na ressonância magnética do joelho. A patogênese não é totalmente compreendida. Muitas vezes não há história de uma lesão aguda no joelho.

Quadro Clínico

Sintomas que iniciaram após traumatismo, dificuldade para agachar ou ajoelhar, presença de bloqueio ou derrame articular, dor a palpação da interlinha articular, anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho. Teste de McMurray positivo.

Exames Complementares

RX joelho
RNM joelho

Quando encaminhar ao AME

Lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica;
Suspeita clínica de lesão meniscal na impossibilidade de realizar RNM.

20.2. Lesão do Ligamento Cruzado Anterior

Definição

O ligamento cruzado anterior (LCA) do joelho atua para manter a estabilidade articular restringindo a translação anterior da tíbia em relação ao fêmur. Além disso, impede a rotação lateral anormal da tíbia durante o movimento e angulação varo e valgo na extensão completa do joelho. A ruptura completa do LCA é uma lesão frequente do joelho, com uma incidência anual de 35 em 100.000 pessoas. Sua ocorrência predominante é durante as atividades esportivas, e seu mecanismo clássico envolve entorse do joelho em valgo com ou sem contato com o joelho semi-flexionado e o pé fixo ao solo.

Quadro Clínico

Uma pessoa com um joelho lesionado após a ruptura do LCA, pode apresentar dor, sintomas recorrentes de instabilidade e a descontinuação ou limitação de atividades esportivas. Tal lesão predispõe o joelho à instabilidade crônica, lesão meniscal e ou condral adicional, além do prejuízo na qualidade de vida.

Exames Complementares

RX joelho
RNM joelho

Quando encaminhar ao AME

Casos refratários ao tratamento conservador e fisioterapia.

20.3. Condromalácia (Condromalácia)

Definição

A condromalácia representa um amolecimento da cartilagem que reveste a patela (rótula) e/ou a troclea femoral e que decorre do aumento da pressão de contato entre a patela e a tróclea. Acomete mais as mulheres e pode ocorrer devido a uma série de fatores, como traumas na região, sedentarismo, excesso de peso, desalinhamento do joelho, atividades física de alto impacto e idade. Uma vez que a cartilagem articular foi lesada, terá potencial de cicatrização muito limitado, podendo evoluir com o tempo para osteoartrose.

Quadro Clínico

A principal queixa dos pacientes acometidos é a dor na região anterior do joelho durante atividades como correr, agachar, subir e descer degraus, andar de bicicleta e ao saltar. Pode evoluir com perda da capacidade funcional para realizar as atividades de vida diária, devido às limitações causadas pela dor e instabilidade da articulação.

Exames Complementares

RX joelho

RNM joelho

Quando encaminhar ao AME

Casos refratários ao tratamento conservador e fisioterapia.

20.4. Tendinite Patelar**Definição**

A doença também é conhecida como "joelho do saltador" e é uma afecção que acomete frequentemente atletas praticantes de atividades de salto ou aquelas que exigem força de impacto repetitivo. Uma das hipóteses para a origem da lesão é o atrito frequente entre o ápice da patela e a face posterior do tendão patelar, associado ao movimento de desaceleração.

Quadro Clínico

A dor na região anterior do joelho é o primeiro sintoma relatado pelo paciente portador dessa afecção. Seu início é insidioso e gradual, principalmente após atividade física, mas, com a progressão da doença, pode tornar-se freqüente durante ou já no início da atividade. Nos casos mais avançados, nódulo palpável e edema associado podem ser identificados.

Exames Complementares

RX joelho US

joelho RNM

joelho

Quando encaminhar ao AME

Tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 4 meses

20.5. Tendinite Quadriciptal**Definição**

A tendinopatia quadriciptal caracteriza-se pela lesão e inflamação do tendão do quadricípíte a nível da sua inserção no joelho, causando dor na região superior do joelho.

Quadro Clínico

Dor em região frontal do joelho, acima da rótula, podendo levar a rigidez que piora após o exercício ou após períodos de repouso e melhora com a movimentação da articulação. Pode ocorrer edema e sensação de fraqueza ao tentar correr ou flexionar os membros inferiores.

Exames Complementares

RX joelho US

joelho RNM

joelho

Quando encaminhar ao AME

Tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por um período de 4 meses.

20.6. Tendinite da Pata de Ganso**Definição**

A tendinite da pata de ganso ou anserina é uma das causas mais frequentes de tendinite do joelho. É definida pela inflamação dos tendões da face medial da articulação, nomeadamente o semitendinoso, sartório e grácil. É mais comum em mulheres acima do peso e/ou associada a outras condições preexistentes, tais como diabetes, traumatismos locais, osteoartrose, patologia reumatismal, lesões do menisco adjacente.

Quadro Clínico

Os principais sinais e sintomas são dor na face medial do joelho, especialmente a subir e descer escadas, ao dobrar o joelho ou ao levantar da posição sentado. Poderá ser visível alguma tumefação e edema na região afetada, principalmente após a realização de atividades físicas de maior intensidade.

Exames Complementares

RX joelho US

joelho RNM

joelho

Quando encaminhar ao AME

Tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por um período de 4 meses.

21. Ortopedia mão**21.1. Cisto Sinovial****Definição**

Elevação dorsal ou volar que ocorre no punho ou na mão

Quadro clínico

Raramente causa dor local

Exames complementares

Ultrassonografia local para casos selecionados

Quando encaminhar ao AME

Casos tratados clinicamente sem melhora

Casos que já realizaram cirurgia e tiveram recidiva

21.2. Dedo em Gatilho**Definição**

Situação em que, ao fechar a mão, o dedo permanece fletido. Pode haver uma sensação de ressalto ao abrir e fechar a mão. Algumas crianças podem nascer com o dedo fletido, sem conseguir esticar, principalmente o polegar

Quadro clínico

O sintoma mais frequente é dor na palma da mão ao abrir e fechar o dedo. O bloqueio pela manhã é mais frequente.

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar ao AME

Casos em que não houve melhora clínica após tratamento conservador

21.3. Dedo em Martelo**Definição**

Deformidade na qual a articulação distal de um dedo dobra-se para baixo, como uma garra

Quadro clínico

O dedo fica com a “ponta caída”, com dificuldade para extender, após trauma local

Exames complementares

Radiografia do dedo nas posições frente e perfil

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos

21.4. Lesão do plexo Braquial**Definição**

Lesões que ocorreram após acidente ocasionando trauma sobre o ombro e/ou pescoço

Quadro clínico

Perda de mobilidade em qualquer porção do membro superior (ombro, cotovelo e/ou mão) Pode haver perda de sensibilidade parcial ou total do membro afetado

Exames complementares

Nenhum

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos

21.5. Síndrome do túnel do carpo**Definição**

Neuropatia compressiva que acomete o nervo mediano na região do canal do carpo

Quadro clínico

Parestesia, dor ou queimação no território inervado pelo nervo mediano, principalmente no período noturno. Podem ser realizados testes clínicos, como: Sinal de Tinel: dor, choque na região do punho durante percussão do canal do carpo (ventral); Sinal de Phalen: dor ou hipoestesia no território do nervo mediano da mão durante a hiperflexão do punho.

Exames complementares

O diagnóstico é clínico mas a ultrassonografia e eletroneuromiografia podem auxiliar no diagnóstico

Quando encaminhar ao AME

Casos em que não houve melhora clínica após tratamento conservador

21.6. Tendinite e Bursite

Definição

Tendinite é o processo inflamatório do tendão e sua bainha
Bursite é a inflamação da bursa

Quadro clínico

Aumento de volume, dor e reação inflamatória ao redor dos tendões e/ou bursas

Exames complementares

Ultrassonografia local
Radiografia da articulação AP+Perfil
Para mão e pés a radiografia deve ser feita AP+Oblíquo

Quando encaminhar ao AME

Casos em que não houve melhora clínica após tratamento conservador

21.7. Tenossinovite de Quervain**Definição**

Inflamação da bainha do abductor longo e extensor curto do polegar, no primeiro compartimento dorsal do punho. Acomete mais frequentemente mulheres entre 30 e 50 anos de idade. Está frequentemente associada a trauma crônico secundário e sobrecarga nas atividades diárias das mãos e punhos, podendo ser desencadeada por outros fatores.

Quadro clínico

Dores no punho, no trajeto do polegar, que piora ao elevar o polegar (fazendo sinal de “positivo”) e ao levá-lo ao encontro do quinto dedo, com perda de força e movimento do polegar.

Exames complementares

Ultrassonografia de punho

Quando encaminhar ao AME

Casos em que não houve melhora clínica após tratamento conservador

21.8. Tumores de partes moles das mãos**Definição**

Pequena tumoração geralmente indolor que pode acometer a mão ou somente os dedos.

Quadro clínico

Geralmente é indolor. Se comprimir nervo, pode ocasionar sensibilidade no dedo que pertence ao raio acometido.

Exames complementares

Ultrassonografia de partes moles

Quando encaminhar para o AME

Todos os casos

21.9. Esporão do calcâneo**Definição**

Formação óssea na região plantar do calcâneo

Quadro clínico

Dor intensa na região plantar do calcâneo. Pode estar associada a um processo inflamatório (fascíte plantar).

Exames complementares

O diagnóstico é clínico mas a ultrassonografia pode ser utilizada em alguns casos para confirmação diagnóstica.

Quando encaminhar ao AME

Casos em que não houve melhora clínica após tratamento com fisioterapia e medidas comportamentais (perda de peso, uso de palmilhas)

21.10. Osteoartrite**Definição**

Doença articular degenerativa mais frequente, com maior incidência no sexo feminino, nas quinta e sexta décadas de vida. Pode ser primária, secundária (trauma, infecção, doenças reumatológicas) ou idiopática.

Quadro clínico

Dor articular progressiva, início insidioso, com piora aos movimentos articulares, podendo haver crepitações

Exames complementares

Radiografia da articulação AP+Perfil
Para mão e pés a radiografia deve ser feita AP+Oblíquo

Quando encaminhar ao AME

Casos em que não houve melhora clínica após tratamento conservador

21.11. Doença de Dupuytren**Definição**

Fibromatose proliferativa da fáscia palmar, idiopática, com componente hereditário

Quadro clínico

Nodulações na palma da mão que progridem para formação de cordas e contrações de dedos

Exames complementares

Radiografia da mão Ultrassom da mão

Quando encaminhar ao AME

Quando iniciar contração

21.12. Pseudoartrose de escafoide**Definição**

Ausência de consolidação de fratura antiga de escafoide

Quadro clínico

Dor persistente em punho após trauma conhecido ou não, levando a limitação de mobilidade articular

Exames complementares

RX Punho PA + P + PA COM Desvio ulnar

Quando encaminhar ao AME
Ao diagnóstico

21.13. Polidactilia

Definição
Dedo extra numerário

Quadro clínico
Paciente com dedo extra numerário por deformidade congênita

Exames complementares
RX mão AP + OB

Quando encaminhar ao AME
Ao diagnóstico

21.14. Sindactilia

Definição
Ausência de separação dos dedos durante o desenvolvimento embrionário

Quadro clínico
Paciente com dedos unidos devido a ausência de separação embrionária congênita

Exames complementares
RX mão AP + OB

Quando encaminhar ao AME
Ao diagnóstico

21.15. Traumatismo antigo de tendões ou nervos do antebraço e mão

Definição
Lesão parcial ou completa de tendão ou nervo por trauma antigo

Quadro clínico
Paciente apresentando trauma corto contuso antigo com lesão não diagnosticada ou evoluindo com seqüela de lesão parcial ou completa de tendão e/ou nervo

Exames complementares
US da área acometida
Eletroneuromiografia dos membros superiores quando lesão de nervo

Quando encaminhar ao AME
Quando paciente apresentar limitação de função devido a patologia

21.16. Doença de Kienbock

Definição
Osteonecrose idiopática do semilunar

Quadro clínico

Paciente homem, jovem, trabalhador braçal, com dor e limitação de movimento em punho de membro dominante

Exames complementares

RX punho PA + P

RM punho

Quando encaminhar ao AME

Quando doença avançada ou inicial sem melhora com tratamento conservador

22. Ortopedia pé

22.1. Pé torto congênito

Definição

Pé torto congênito é uma deformidade complexa que compromete todos os tecidos músculo-esqueléticos distais ao joelho. É um dos defeitos congênitos mais comuns do pé e o sexo masculino o mais afetado.

Quadro Clínico

É caracterizado pelo eqüino do retropé, varo (ou inversão) da articulação subtalar, cavo (flexão plantar do antepé em relação ao retropé) e aduto (do antepé em relação ao mediopé). Essas deformidades não se corrigem passivamente e não causam dor ao bebê.

Exames Complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos suspeitos ou confirmados de Pé torto congênito.

22.2. Pé plano

Definição

O pé plano flexível é uma entidade comum na prática clínica. Manifesta-se em crianças após a bipedação pela queda do arco plantar longitudinal medial, cabeça do tálus proeminente medial e plantarmente, valgismo do retropé e supinação do antepé.

Quadro Clínico

Estima-se que entre 15% e 20% da população geral adulta possua pés planos, mas, na maiorias das vezes, não haverá doença associada e a condição é totalmente indolor. Apenas 3% dos pacientes detectados na infância evoluirão para quadros dolorosos e incapacitantes na vida adulta. Essa alteração se manifesta com diferentes graus de deformidade, que pode ser progressiva ou não, adquirida ou congênita, flexível (reduzível) ou rígida.

Exames Complementares

Radiografia do pé AP + perfil com carga.

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos suspeitos ou confirmados com sintomas associados a doença.

22.3. Pé cavo

Definição

O pé cavo é deformidade caracterizada pela acentuação fixa do arco plantar; pode ser decorrente de alteração isolada localizada no antepé ou no retropé, ou da combinação das duas condições. É um

defeito complexo que pode associar-se a outras deformidades como o varismo, calcâneo, equino, adução e garras dos artelhos. É frequentemente causado por doença neurológica de base, sendo as neuropatias sensitivomotoras hereditárias as causas mais comuns, fazendo com que o seu tratamento seja desafiador, porque a natureza progressiva do desequilíbrio muscular tende a causar recidivas, mesmo após correção cirúrgica adequada.

Quadro Clínico

Dor no pé ou episódios de entorse do tornozelo são os principais sintomas que levam o paciente a procurar avaliação médica. Pode haver também presença de calosidades nos metatarsos, dores no calcanhar, sesamoidites, fraturas de estresse nos metatarsos e fascíte plantar. Em casos mais avançados, o pé cavo pode acarretar deformidades graves com incapacidade de deambulação.

Exames Complementares

Radiografia do pé AP + perfil com carga.

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos suspeitos ou confirmados de Pé cavo.

22.4. Hálux valgo

Definição

O hálux valgo, popularmente conhecido como "joanete", é a principal patologia do antepé, acometendo a primeira articulação metatarsofalangeana. É definida como desvio lateral do hálux associado ao varismo do primeiro metatarso, produzindo uma saliência óssea medial a nível da primeira articulação metatarsofalangeana.

Quadro Clínico

Dentre os sintomas estão além da própria deformidade, dor local, rigidez da articulação e deformidade dos dedos adjacentes. Pode haver também sinais flogísticos e edema na região do hálux; aumento da sensibilidade local; presença de calosidades nos dedos e na planta do pé.

Exames Complementares

Radiografia do pé AP + perfil com carga.

Quando encaminhar ao AME

Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.

22.5. Hálux rígido

Definição

O hálux rígido é uma artrite degenerativa que acomete a primeira articulação metatarsofalangeana, pode estar presente em um ou ambos os pés, e é mais comum em pessoas do sexo feminino com mais de 50 anos. Sua etiologia não está bem esclarecida, mas sabe-se que pode estar relacionado a traumas e outras patologias do pé como hálux valgo e uso de calçados inadequados.

Quadro Clínico

Caracteriza-se pela presença de dor e limitação do arco de movimento, geralmente dorsiflexão, progressivas, que evoluem para rigidez.

Exames Complementares

Radiografia do pé AP + perfil com carga.

Quando encaminhar ao AME

Hálux rígido associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado

por 6 meses

22.6. Metatarsalgia

Definição

Metatarsalgia refere-se a dor na região do pé que contém os cinco metatarsais, podendo estar relacionada a lesões de partes moles, ósseas, articulares e periarticulares

Quadro Clínico

O principal sintoma da metatarsalgia é a dor que se manifesta no peito e na planta dos pés durante atividades como caminhadas, corrida ou ao permanecer em pé por algum tempo. Sua intensidade aumenta se a causa não for eliminada, chegando a provocar limitações e surgimento de calosidades nas áreas onde há maior pressão na sola dos pés. São percebidas deformidades ou alterações em seu formato, como desvios nos dedos e a formação de saliências ósseas.

Exames Complementares

Radiografia do pé AP + perfil com carga ou RNM pé.

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos suspeitos ou confirmados.

22.7. Neuroma de Morton

Definição

Um neuroma é um tumor benigno do tecido nervoso que se pode desenvolver em qualquer parte do corpo. O Neuroma de Morton ocorre habitualmente entre o 3o e 4o dedos do pé (3o espaço interdigital), podendo também ocorrer no 2o ou no 4o espaços interdigitais. A sua causa não é completamente compreendida, mas pensa-se que resulta do colapso do arco transversal do pé, causando uma tração e pressão aumentadas no nervo interdigital. A utilização de sapatos apertados também está relacionada com esta doença. É mais comum em adultos no início da 3a década de vida e afeta mais mulheres.

Quadro Clínico

Dor em queimação no espaço intermetatarsal entre o 3o e 4o pododactilos, que pode irradiar para os dedos; associado a formigamentos e parestesias dos dedos envolvidos. O gênero feminino com faixa etária da quarta década é o grupo mais comprometido, e a dor é desencadeada pelo uso de calçados inadequados com antepé estreito e salto elevado, bem como excesso de peso e de atividade. Os doentes relatam um alívio dos sintomas quando retiram ou mudam o seu calçado. Também referem alguma melhoria com massagem do pé e movimento dos dedos.

Exames Complementares

Ultrassonografia do pé

Quando encaminhar ao AME

Neuroma de Morton sem resposta a tratamento clínico otimizado por 9 a 12 meses.

22.8. Garra dos dedos

Definição

As diferentes deformidades dos pododactilos, como "dedo em garra", "dedo em martelo", "dedo em pescoço de cisne", são muito comuns e ocorrem por um desequilíbrio na flexão dinâmica e forças de extensão que cruzam as articulações dos dedos, podendo tanto estar associado a doenças sistêmicas como a artrite reumatoide ou diabetes mellitus, quanto a síndromes de compartimento, sinovites ou alterações neurológicas.

Quadro Clínico

Inicialmente, estas deformidades são discretas e flexíveis/reduzíveis, mas podem evoluir, tornando-se acentuadas e rígidas. Os pacientes apresentam dor e calosidades no local onde a deformidade entra em contacto com o calçado, podendo chegar a desenvolver feridas e úlceras, levando a grave comprometimento funcional.

Exames Complementares

Radiografia do pé AP + perfil com carga.

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos suspeitos ou confirmados.

22.9. Fasceíte plantar (Esporão do calcâneo)

Definição

A fascite plantar é a dor localizada no calcanhar ou ao longo da fásia plantar decorrente de uma inflamação nesse tecido. É causa mais comum de dor nesta região, afetando principalmente homens entre 40 e 70 anos. Sua etiologia não está bem esclarecida, mas fatores como obesidade, sedentarismo, traumas locais repetidos e uso de calçados inadequados estão associados ao seu surgimento.

Quadro Clínico

O paciente normalmente se queixa de dor, de início insidioso, na face interna do calcanhar, que é pior logo de manhã, ao apoiar o pé no solo pela primeira vez, e torna-se menos intensa após iniciar os primeiros passos. No fim do dia a dor torna-se mais intensa e é aliviada pelo repouso do pé. Quando a dor torna-se mais intensa, o paciente não é capaz de apoiar o peso do corpo nos calcanhares. Edema leve e eritema eventualmente estão presentes.

Exames Complementares

Radiografia de ambos calcâneos (perfil)

Ultrassonografia do pé

Quando encaminhar ao AME

Fasceíte plantar refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses

22.10. Tendinites (Aquiles, Fibulares, Tibial posterior, etc)

Definição

As tendinopatias são lesões no tendão de caráter inflamatório e agudo, mas com o passar do tempo, torna-se crônico em uma condição degenerativa. Tem taxas de prevalência geral em torno de aproximadamente 12/1000 pessoas-ano.

Quadro Clínico

Os sintomas mais comuns são dor e limitação das funções, conforme a região acometida.

Exames Complementares

Ultrassonografia ou RNM da região afetada

Quando encaminhar ao AME

Tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por um período de 4 meses;

Tendinopatia crônica do tornozelo com prejuízo funcional, deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.

22.11. Artrose do pé e tornozelo

Definição

As artroses do tornozelo e pé podem aparecer como uma doença própria da cartilagem local (Artrose Primária) ou em decorrência do traumatismo (entorses, contusões e fraturas) que alterem a estabilidade das articulações ou a relação normal entre os ossos (Artrose Pós- traumática). É mais frequente a partir da 5ª ou 6ª década de vida.

Quadro Clínico

A artrose inicial cursa com quadro doloroso leve e com o tempo, as articulações vão se tornando rígidas, edemaciadas e por vezes apresentam sinais flogísticos, além da progressiva importante limitação funcional. As dores que eram presentes apenas durante o movimento passam a ser constantes e prejudicam também o repouso, impactando na simples deambulação.

Exames Complementares

Radiografia do pé AP + perfil com carga ou Tornozelo

Quando encaminhar ao AME

Osteoartrite de tornozelo e/ou pé com prejuízo funcional associado à deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses

22.12. Sequelas de fraturas do pé e tornozelo

Definição

As sequelas de fraturas do pé e tornozelo são frequentes e podem levar a inabilidade funcional, inatividade e afastamento das atividades laborais, mesmo que o tratamento inicial tenha sido conduzido de forma adequada. ?As sequelas dependem do tipo de tratamento empregado, da gravidade da fratura ou da lesão, do tempo de evolução, das lesões associadas e dos cuidados que o paciente deveria ter tomado. ?

Quadro Clínico

O sintoma mais comum é a dor, de intensidade variável mas outras complicações são comuns quando uma primeira cirurgia não tem boa evolução, são elas: rigidez articular que limita o movimento, edema, não-consolidação das estruturas ósseas ou consolidação numa posição inadequada dos ossos, problemas na cicatrização, recidiva das deformidades iniciais e até infecção.

Exames Complementares

Radiografia do pé AP + perfil com carga ou RNM.

Quando encaminhar ao AME

Fratura tratada em serviço de Emergência que apresenta deformidade ou prejuízo funcional

22.13. Cisto sinovial no pé

Definição

O cisto sinovial é uma lesão não neoplásica que se desenvolve da membrana sinovial de uma articulação, através da cápsula ligamentar nos tecidos periarticulares. É preenchido com líquido sinovial com aparência regular e translúcida. São mais prevalentes em mulheres (3: 1) e geralmente ocorrem entre a segunda e quarta décadas de vida. A etiologia dos CS não é clara, embora uma história de dano recorrente ou crônico seja frequentemente referida.

Quadro Clínico

Na maioria dos casos os cistos são assintomáticos, mas alguns causam dor, fraqueza muscular, distúrbios de mobilidade ou neuropatia por pressão. Além disso, problemas cosméticos e receio de malignidade é frequentemente motivo para consulta.

Exames Complementares

Ultrassonografia do pé.

Quando encaminhar ao AME

Casos que evoluam com sintomas refratários ou prejuízo funcional após tratamento clínico otimizado por 6 meses

22.14. Fibromatose plantar

Definição

A fibromatose plantar consiste de proliferação exagerada de tecido conjuntivo e produção de grandes quantidades de fibras colágenas espessas que formam massas irregulares ou nódulos. Ocorre no aspecto medial e superficial da fásia plantar e as nodulações são vistas facilmente quando o pé está em dorsiflexão contra o membro inferior. É comum a associação com nódulos palmares. A etiologia não está bem esclarecida mas observa-se correlação com sexo masculino, diabetes, epilepsia e alcoolismo.

Quadro Clínico

Observa-se amplo espectro clínico, desde nodulações assintomáticas até nódulos intensamente dolorosas que prejudicam a locomoção adequada ou comprimem estruturas vizinhas. Pacientes podem notar dificuldade em ficar em pé, andar ou usar sapatos quando os nódulos se tornam volumosos.

Exames Complementares

Ultrassonografia do pé

Quando encaminhar ao AME

Casos que evoluam com sintomas refratários ou prejuízo funcional após tratamento clínico otimizado por 6 meses

23. Otorrinolaringologia

23.1. Amigdalite Crônica

Definição

Infecções de garganta recorrentes com necessidade de uso de antibioticoterapia — 7 ou mais episódios de infecções de garganta por ano, 5 episódios por ano em 2 anos consecutivos ou 3 episódios por ano em 3 anos consecutivos.

Quadro clínico

Dores de garganta recorrentes associadas a febre e exsudato em tonsilas;

Halitose;

Linfonodos cervicais persistentes; Edema

e/ou hipertrofia de amígdalas; Roncos;

Voz abafada;

Inapetência;

Perda de peso;

Exame da orofaringe: tonsilas palatinas hipertrofiadas, mergulhantes, crípticas, com massas caseosas ou exsudatos purulentos no interior das criptas;

Palpação cervical (principalmente região submandibular): linfonomegalia.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares.

Quando encaminhar ao am:

Pacientes com história de infecções de repetição segundo critérios de definição da amigdalite crônica (vide acima), com necessidade de atendimento médico e uso de antibioticoterapia.

23.2. Hipertrofia Adenoamigdaliana

Definição

Hipertrofia acentuada de adenoides e amígdalas, principalmente em crianças, causando sintomas obstrutivos.

Quadro clínico

Obstrução nasal, aumento de incidências de infecções de vias aéreas superiores; Apneia do sono;
 Roncos;
 Dificuldade de deglutição;
 Baixo ganho ponderal;
 Halitose e acúmulo de caseum;
 Respiração bucal;
 Oroscoopia: hipertrofia de tonsilas palatinas, secreção de estase posterior a orofaringe vindo do cavum, palato ogival, mordida aberta.
 Rinoscopia anterior: rinorreia anterior (secreção de estase)
 Fácies adenoideana - alterações do desenvolvimento craniofacial, flacidez de musculatura orofacial.

Exames complementares

Rx de cavum: tecido adenoideano aumentado, reduzindo coluna aérea de rinofaringe. Nasofibroscopia: hipertrofia de tecido adenoideano em rinofaringe, reduzindo luz do cavum.

Quando encaminhar ao ame

Casos refratários ao tratamento clínico por, no mínimo, 2 meses. Por exemplo: corticoides tópicos nasais, anti-histamínicos, anti-leucotrienos conforme indicação;
 Pacientes sintomáticos com hipertrofia amigdaliana (grau 3 ou 4 de brodsky) ao exame clínico e/ou hipertrofia adenoideana vista em radiografia simples de cavum ou nasofibroscopia.

23.3. Laringite crônica

Definição

Inflamação da laringe com duração maior que três semanas. As causas mais frequentemente encontradas são: uso excessivo da voz; quadros infecciosos e irritativos; excesso de ingestão de bebida alcoólica; refluxo gastroesofágico; tabagismo; câncer; quadros nasossinusais crônicos.

Quadro clínico

Rouquidão que pode piorar ao longo do dia ou proporcional ao uso vocal;
 Expectoração mucocatarral, pior de manhã;
 Pigarro;
 Sensação de disfagia;
 Dor para engolir;
 Globus faríngeo;

Exames complementares

Videolaringoscopia (se disponível).

Quando encaminhar ao ame

Pacientes com história clínica compatível com laringite crônica, para confirmação diagnóstica e tratamento.

23.4. Obstrução Nasal Crônica

Definição

Obstrução nasal persistente e resistente a tratamento clínico, por vezes associada a alterações anatômicas do nariz. As causas mais frequentemente encontradas são: rinites; desvio de septo; rinosinusites; pólipos e/ou tumores nasais; hipertrofia de cornetos nasais.

Quadro clínico Nariz entupido; Roncos;
Episódios de apneia;
Respiração bucal.

Exames complementares

Nasofibroscopia;
Tomografia de seios paranasais.

Quando encaminhar ao ame

Casos refratários ao tratamento clínico por, no mínimo, 2 meses. Por exemplo: corticoides tópicos nasais, anti-histamínicos, anti-leucotrienos conforme indicação;
Suspeita de tumores nasais;
Pacientes sintomáticos com alterações em tomografia de seios da face e/ou nasofibroscopia.

23.5. Otite Média Crônica (OMC)

Definição

Supuração persistente (otorréia crônica) através de perfuração de membrana timpânica (mt), frequentemente associados a infecção ou colonização por bacilos gram-negativos ou *staphylococcus aureus*. As causas mais comuns são: otite media aguda tratada inadequadamente; obstrução da tuba auditiva; traumatismo mecânico; queimaduras térmicas ou químicas; lesões por explosões ou causas iatrogênicas (p. Ex., após a colocação do tubo de ventilação); risco aumentado em pacientes com anomalias craniofaciais.

Quadro clínico

Otorreia purulenta, por vezes fétida, indolor (dor ocorre se houver osteíte associada do ossotemporal ou agudização do processo inflamatório);
Perda auditiva;
Perfuração de membrana timpânica (com drenagem de secreção, e canal auditivo externo com presença de debris e/ou tecido de granulação);
A otite média crônica pode se tornar exacerbada depois de ivas ou após a entrada de água na orelha média, através de uma perfuração na mt.

Exames complementares

Cultura de secreção (quando possível);
Exames de imagem: tomografia ou ressonância magnética de ouvidos ou mastoides;
Nasofibroscopia (para avaliação de cavum);
Audiometria.

Quando encaminhar ao ame

Pacientes com otorreia intermitente ou contínua há mais de 3 semanas;
Pacientes com história de otorreia prévia associada a diminuição de acuidade auditiva; Suspeita clínica de otite crônica com alteração em exames complementares: audiometria, exames de imagem;
Casos de meningite, paralisia facial periférica, osteomielite temporal, com história de otorreia ou alteração em otoscopia (perfuração timpânica, pólipos ou secreção em conduto auditivo externo).

23.6. Otite Média Crônica Colesteatomatosa

Definição

O colesteatoma é um tumor benigno causado por crescimento de células epiteliais em orelha média ou mastoide secundária a otite média crônica ou congênito. Enzimas líticas, produzidas pelo colesteatoma, podem erodir osso e partes moles adjacentes. O colesteatoma é um meio propício para a infecção, favorecendo complicações como: labirintite purulenta, paralisia facial, meningite ou abscesso intracraniano.

Quadro clínico

A orelha pode apresentar debris, massa polipóide, tecido de granulação, secreção mucopurulenta, erosões de cadeia ossicular e retrações ou perfurações timpânicas.

Exames complementares

Cultura de secreção (quando possível);

Exames de imagem: tomografia ou ressonância magnética de ouvidos ou mastoides;

Nasofibrosocopia (para avaliação de cavum);

Audiometria.

Quando encaminhar ao ame

Todos os casos de otite média crônica colesteatomatosa devem ser encaminhados ao ame para avaliação cirúrgica – vide critérios para otite média crônica.

23.7. Rinossinusite Crônica

Definição

Processo inflamatório da mucosa de revestimento da cavidade nasal e dos seios paranasais, por período superior a doze semanas. As causas mais frequentemente encontradas ocorrem devido a uma reação a um agente físico, químico ou biológico (bacteriano, fúngico ou viral), ou também pode ser decorrente de mecanismos alérgicos.

Quadro clínico

Caracterizada por dois ou mais sintomas, sendo:

Obstrução nasal ou rinorreia (anterior ou posterior);

Acompanhados ou não de: dor/pressão facial e/ou redução ou perda do olfato, tosse;

Sinais endoscópicos: pólipos nasais, rinorreia mucopurulenta em meato médio ou recessoesfenotmoidal, edema de mucosa ou obstrução primária do meato médio;

Alterações tomográficas mostrando bloqueio do complexo óstio-meatal e/ou dos seiosparanasais.

Exames complementares Nasofibrosocopia; Tomografia de seios da face.

Quando encaminhar ao ame

Casos refratários ao tratamento clínico por, no mínimo, 2 meses. Por exemplo: corticoidestópicos nasais, anti-histamínicos, anti-leucotrienos, antibióticos conforme indicação;

Suspeita de tumores nasais;

Pacientes sintomáticos com alterações em tomografia de seios da face e/ou nasofibrosocopia

23.8. Tumores Nasais E Paranasais

Definição

Podem Ser Benignos (Pólipos, Papilomas, Hemangiomas, Osteomas, Displasias Fibrosas, Mucoceles, Angiofibromas) Ou Malignos (Carcinomas, Sarcomas, Osteosarcomas E Condrosarcomas).

Quadro Clínico

Obstrução Nasal;

Epistaxe;
Rinorreia Purulenta;
Cefaleia Frontal;
Diplopia; Exoftalmia.

Exames Complementares

Nasofibrosopia;
Tomografia De Seios Da Face;
Ressonância Magnética Em Casos Seleccionados.

Quando Encaminhar Ao Ame

Casos Suspeitos De Tumores Nasais Em Exame Clínico;
Pacientes Sintomáticos Com Alterações Em Tomografia De Seios Da Face E/Ou Nasofibrosopia.

23.9. Rinite

Definição

Inflamação da mucosa nasal, aguda ou crônica. Suas principais causas são alérgicas (reação imune do organismo a um fator ambiental desencadeante — alérgenos, cujos desencadeantes mais comuns são: poeira, mofo, pólen, ervas, gramíneas, pelos de animais, entre outros); e não alérgicas (irritativa, viral, atrófica - atrofia da mucosa nasal que leva a formação de persistente de crostas, associadas ou não a secreção nasal fétida; medicamentosa - congestão nasal grave causada pelo uso excessivo de sprays e gotas nasais descongestionantes; vasomotora - reação nasal a fatores irritantes ou alimentos condimentados).

Quadro clínico

Prurido nasal - associado ou não a prurido ocular e lacrimejamento;
Espirros;
Rinorreia;
Congestão nasal;
Cefaleia, edema palpebral, tosse e sibilos podem estar presentes.

Exames complementares

Nasofibrosopia;
Testes alérgicos - de sangue ou cutâneos.

Quando encaminhar ao ame

Casos refratários ao tratamento clínico por, no mínimo, 2 meses, conforme indicado para a patologia em questão (vide acima).
Pacientes sintomáticos com alterações em tomografia de seios da face e/ou nasofibrosopia.

23.10. Otite Média Serosa Ou Secretora

Definição

Acúmulo de líquido no ouvido médio que pode ocorrer em qualquer idade, mas é particularmente comum entre crianças e pode persistir por semanas a meses. Suas principais causas são secundárias a otite média aguda e/ou bloqueio ou disfunção da trompa de eustáquio (tuba auditiva) — hipertrofia adenoideana; rinite alérgica e tumores de nasofaringe.

Quadro clínico

Sensação de entupimento da orelha acometida e plenitude aural intermitente ou fixa; Perda auditiva;
Otosocopia: membrana timpânica espessada, opaca, com aumento de vascularização. Pode ser visualizado líquido com formação e bolhas em orelha média;

Exames complementares

Timpanometria; Audiometria; Nasofibroscopia.

Quando encaminhar ao ame

Pacientes com história de diminuição de acuidade auditiva associada a alteração de otoscopia; Crianças com história de respiração bucal associada a diminuição de acuidade auditiva, otites de repetição ou alteração de linguagem;

Suspeita clínica de otite média secretora com alteração em exames complementares: audiometria, tomografia de ouvidos ou mastoides.

23.11. Cerume Impactado**Definição**

Obstrução do conduto auditivo externo por acúmulo de cerume, cujas principais causas são: desbalanço entre a produção e a eliminação do cerume; uso de fones de ouvidos ou protetores auriculares; manipulação de conduto auditivo externo — hastes flexíveis ou outros.

Quadro clínico

Hipoacusia;

Sensação de pressão no ouvido; Dor

— raro.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares

Quando encaminhar ao ame:

A remoção de cerume deve ser feita em serviço primário ou de origem. Encaminhar ao ame em caso de complicações ou alterações de exame físico após a realização do procedimento

23.12. Zumbido**Definição**

Sensação auditiva não relacionada com uma fonte externa de estimulação. É um sintoma, que pode ter diversas causas associadas, dentre as principais estão: perda auditiva (por exposição a excesso de ruído, medicações tóxicas, degeneração fisiológica); alterações no metabolismo (jejum prolongado, abuso de doces, cafeína em excesso, gorduras e deficiência de vitaminas); doenças do labirinto; alterações hormonais (hipotireoidismo, menopausa, andropausa); alterações cardiovasculares; doenças neurológicas; distúrbios psiquiátricos ou psicológicos; alterações odontológicas (bruxismo, disfunções da articulação temporo-mandibular); alterações musculoesqueléticas da região de cabeça e pescoço.

Quadro clínico

O zumbido pode interferir sensivelmente nas atividades do cotidiano, com impacto abrangente e heterogêneo, levando a dificuldades para dormir; necessidade de evitar situações ruidosas; dificuldades de audição e de concentração; e experiência de desespero, frustração, irritação, depressão, medo e preocupação.

Exames complementares

Exames audiológicos: audiometria, potencial evocado auditivo de tronco encefálico (peate), otoemissões aústicas (oea), entre outros;

Exames radiológicos quando indicados: tomografia de ouvidos ou mastoides, ressonância magnética de ouvidos ou crânio.

Exames laboratoriais direcionados a suspeita clínica e metabólica.

Quando encaminhar ao ame

Pacientes com zumbido associado a alteração em exame complementar: audiológicos ou de imagem;
Casos refratários de zumbido apesar de bom controle clínico de comorbidades como diabetes, hipertensão, hipotireoidismo, vasculopatias.

23.13. Vestibulopatia Periférica**Definição**

Distúrbios decorrentes do sistema vestibular periférico, cujas principais causas são: vertigem posicional paroxística benigna (vppb); doença de ménière; neurite vestibular; labirintite; migrânea vestibular. _____

Quadro clínico Vertigem; Nistagmo; Zumbido; Enxaqueca;

Instabilidade emocional; Náuseas

e/ou vômitos; Eiminuição da

acuidade auditiva; Plenitude aural.

Exames complementares

Testes vestibulares e de equilíbrio;

Exames audiológicos.

Quando encaminhar ao ame

Casos de tontura persistente apesar de bom controle clínico de comorbidades como diabetes, hipertensão, hipotireoidismo, vasculopatias, neuropatias;

Pacientes com tontura associada a alteração em exame complementar: audiometria,

vetoeletronistagmografia ou tomografia de ouvidos ou mastoides;

Tontura crônica ou recorrente associada a movimentação cefálica.

24. Pneumologia**24.1. Tosse****Definição**

Trata-se de um sintoma, reflexo mecânico fisiológico de defesa, de uma grande variedade de patologias, pulmonares e extrapulmonares, e pode ser seca, produtiva, episódica, contínua ou matutina.

História clínica

Pode ser classificada em:

- Aguda: sintoma por um período de 3 semanas. Doença com baixo risco de complicações e morte e cujas causas mais frequentes são: resfriado comum, sinusopatias agudas, gripe, rinites, laringites, traqueites, faringites e bronquites agudas.

- Subaguda: persistente por um período de 3 a 8 semanas. As causas mais comuns são: gotejamento pós-nasal, asma, refluxo gastroesofágico, tosse após quadros infecciosos, DPOC. As causas menos comuns são: uso de IECA, doença intersticial pulmonar, bronquiolite, fatores ocupacionais, psicogênica, etc.

- Crônica: duração maior que 8 semanas. As causas mais comuns são: gotejamento pós-nasal, asma, refluxo gastroesofágico, tosse após quadros infecciosos, DPOC. As causas menos comuns são: uso de IECA, doença intersticial pulmonar, bronquiolite, fatores ocupacionais, psicogênicas, etc.

Exames complementares

RX tórax, prova de função pulmonar, EDA

Quando encaminhar para o AME

Casos de tosse crônica

Afastar causas secundárias como RGE e rinite alérgica.

24.2. Nódulo Pulmonar Solitário

Definição

Trata-se de opacidade pulmonar com diâmetro inferior a 3 cm, circundadas por parênquima pulmonar normal e não associada a linfonodomegalia mediastinal. Pneumonite ou atelectasia. Nódulos acima de 3 cm são considerados massas. Geralmente, as lesões não determinam sintomatologia alguma, sendo apenas um achado radiológico e, nestes casos, o objetivo principal é definir a condição de benignidade ou malignidade.

História clínica

Em geral, não costumam determinar sintomatologia.

Os principais fatores de risco são: tabagismo, antecedentes neoplásicos, antecedentes de viagem, para áreas endêmicas (histoplasmose, coccidioidomicose, blastomicose) ou com alta prevalência de tuberculose.

Exames complementares

RX tórax; TC tórax c/c

Quando encaminhar para o AME

Casos que apresentem nódulos maiores ou iguais a 6mm no RX ou TC de tórax.

24.3. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Definição

É uma doença respiratória previsível e tratável, caracterizada pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo não totalmente reversível. A obstrução aérea é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória dos pulmões à inalação de partículas, causada primariamente pelo tabagismo. Outras causas determinantes da doença em não fumantes são: deficiência de alfa1-antitripsina e doenças de exposição ocupacional. O processo inflamatório crônico pode determinar alterações nos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquiolite obstrutiva) e parênquima pulmonar (enfisema pulmonar).

A classificação GOLD é baseada na gravidade da limitação das vias aéreas na DPOC.

GOLD	VEF1 (após broncodilatador)
leve	≥ 80% valor predito
moderado	50-79% do valor predito
grave	30-49% do valor predito
muito grave	≤ 30% do valor predito

História clínica

Em geral, são fatores de risco para DPOC: tabagismo, fatores genéticos, hiperresponsividade brônquica, ambientais (carvão, fogão a lenha e fumaças em geral)

Tosse: sintoma mais frequentemente encontrado, diária ou intermitentes, precedente ou concomitante a dispneia.

Dispneia: aos esforços, geralmente progressiva, na maioria das vezes. A escala de dispneia guarda boa relação com o prognóstico: 0- sem dispneia, a não ser com exercício extenuante; 1- falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave; 2- anda mais devagar que pessoa da mesma idade no plano, devido à falta de ar ou precisa parar para respirar quando anda no próprio passo, no plano, 1600m (ou depois de 30 min); 3- para para respirar após caminhar 1 quadra (90 — 100m) ou após poucos minutos no plano; 4- muito dispneico para sair de casa ou dispneico ao vestir-se.

Uso de musculatura acessória. Fase expiratória prolongada Hiperinsuflação pulmonar Tórax em “barril”

Perda de peso e massa muscular Pneumotórax espontâneo

Cor-pulmonale

Exames complementares

Rx tórax, espirometria e hemograma

Quando encaminhar para o AME

DPOC classe E (GOLD 3 e 4; mais que 2 exacerbações por ano ou hospitalizações por exacerbações).

24.4. Asma

Definição

É uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e limitação variável ao fluxo aéreo, reversíveis, espontaneamente ou com tratamento. Manifesta-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, além de fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas (IV Diretriz Brasileira para o Manejo da Asma, 2006).

História clínica

Tosse crônica, sibilância, aperto no peito ou desconforto torácico, taquicardia, taquipnéia, uso de musculatura acessória.

Fatores desencadeantes: exposição a alérgenos ambientais e ocupacionais, infecções, exercícios, substâncias inalantes, estresse emocional, refluxo gastroesofágico.

O tratamento deve ser iniciado em UBS, logo após o diagnóstico. Deve-se iniciar beclometasona spray (200mcg), 1 dose de 12/12 horas.

O paciente deve ser muito bem orientado com relação ao uso do dispositivo e também com relação aos fatores ambientais desencadeantes das crises, tais como: cortinas e tapetes devem ser removidos do ambiente domiciliar, evitar gatos no domicílio, atenção a presença de mofo e infiltração, evitar uso de água sanitária em locais fechados, suspender tabagismo.

Exames complementares

Hemograma, RX tórax, prova de função pulmonar.

Quando encaminhar para o AME

Casos de asma não controlada, mesmo com o uso CORRETO e contínuo de corticosteroides inalatórios, em dose baixa, há pelo menos 3 meses.

25. Proctologia

25.1. Doença hemorroidária

Definição:

Hemorroidas são coxins vasculares normais do canal anal. São formados por espaços vasculares (sinusoides), tecido elástico e conjuntivo, e músculo liso. Sua função é proteger os esfíncteres anais subjacentes e contribuir para a continência fecal. Reservamos o termo “doença hemorroidária” para quando existem sintomas relacionados à sua presença. É mais prevalente em pessoas com idade entre 45 e 65 anos, tendo como principal causa o esforço evacuatório repetitivo, que determina o estiramento do tecido de sustentação dos plexos.

Constipação, esforço evacuatório prolongado e gestação são seus principais fatores de risco.

Quadro Clínico:

Sangramento anal indolor é o sintoma mais comum. Desconforto, prolapso e prurido também são relatados, e sua intensidade e combinação varia de acordo com o subtipo de doença hemorroidária presente. Quando o sintoma principal for dor intensa, deve-se suspeitar de complicação da doença hemorroidária ou associação com outras patologias (fissura, abscesso perianal, tumor de canal anal).

Exames complementares:

Não há necessidade de exames complementares

Quando encaminhar ao AME

Hemorroidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses

(suplementação alimentar de fibras e aumento de ingestão hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico);

Hemorroidas internas com grau III e IV (conforme quadro abaixo):

Grau

Apresentação Clínica

Sangramento, sem prolapso durante a evacuação

Prolapso à evacuação, com redução espontânea para o canal anal

Prolapso à evacuação, com necessidade de redução manual para o canal anal

Sempre prolapsadas, redução manual inefetiva

Observação: Casos de trombose hemorroidária devem ser encaminhados para serviço de urgência para tratamento imediato.

25.2. Fissura anal

Definição

A fissura anal é uma laceração do revestimento do canal anal inferior, na maioria dos casos, de resolução espontânea. A grande maioria das fissuras são primárias e causadas por trauma local, como constipação, diarreia ou sexo anal. Fissuras secundárias são encontradas em pacientes com Doença de Crohn, malignidades (neoplasia epidermoide do canal anal, leucemia), tuberculose ou doenças sexualmente transmissíveis (HIV, sífilis, clamídia).

Quadro Clínico

O sintoma mais comum é a dor anal, de característica lancinante, usualmente provocada pela defecação e que pode durar várias horas. Sangramento anal de pequena intensidade também pode estar presente, durante o esforço ou a evacuação, sendo observado no papel higiênico ou em meio às fezes. Embora a constipação seja comum, não é obrigatória para a ocorrência de fissura. Outra queixa muito frequente é o prurido anal, sendo este secundário à descarga de muco na ferida perianal. A fissura anal aguda apresenta-se como solução de continuidade superficial e a fissura crônica caracteriza-se por úlcera bem definida, bordos irregulares, base endurecida e fibrosa. Podem estar associadas a alterações secundárias que são o plicoma sentinela e a papila anal hipertrófica.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares

Quando encaminhar ao AME

Fissura anal aguda recorrente/refratária ao tratamento clínico conservador por 1 mês (orientações de dieta laxativas e higienização sem papel da região anal);

Fissura anal com comorbidade orgânica cirúrgica (fístula).

25.3. Fístula anorretal

Definição

Uma fístula anorretal é um trajeto tubular com uma abertura no canal anal e outra geralmente na pele perianal. Surgem espontaneamente ou são secundárias à drenagem de um abscesso perirretal. Outras causas são Doença de Crohn, Tuberculose, Diverticulite, Câncer e Traumas locais.

Quadro Clínico

Os sintomas consistem em secreção e, algumas vezes, dor. História de abscesso anorretal recorrente seguido de secreção intermitente ou constante é comum. O material eliminado é purulento, serossanguinolento ou ambos. A dor pode estar presente caso exista infecção. Durante a inspeção, podem ser observados um ou mais orifícios secundários. A palpação pode revelar trajeto tubular.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares

Quando encaminhar ao AME

Caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais prévios ou recorrentes) ou

diagnóstico clínico de fístula anorretal.

Observação: Casos suspeitos de abscesso perianal agudo (nodulação perianal com sinais flogísticos), devem ser encaminhados para serviço de urgência para tratamento imediato.

25.4. Plicoma

Definição

O plicoma anal pode ser descrito como uma protusão, saliência ou excesso de pele que surge na região perianal. É uma lesão benigna, que surge como uma cicatriz residual em decorrência de inflamação no local, causada por fissura anal, hemorroidas, doenças inflamatórias intestinais, pós-operatórios na região ou outras doenças anais.

Quadro Clínico

Habitualmente assintomática, com lesões únicas ou múltiplas, podendo variar de poucos milímetros a 3-4 centímetros de tamanho. Em alguns casos pode causar prurido e contribuir para o acúmulo de resíduos de fezes. Raramente cursa com sangramentos.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos confirmados e que provocam incômodo local e/ou dificuldade a higienização adequada da região anal.

25.5. Cisto pilonidal

Definição

O cisto pilonidal consiste em processo inflamatório crônico que ocorre na região sacrococcígea, estando geralmente associado à presença de pêlos no local. É mais comum em indivíduos do sexo masculino, brancos e abaixo dos 25 anos. E os principais fatores de risco associados incluem obesidade, hirsutismo, sedentarismo, trauma ou irritação repetitivos em região glútea, pele fissurada e história familiar de doença pilonidal.

Quadro Clínico

O cisto pilonidal costuma ser assintomático a não ser quando evolui com quadro infeccioso, levando a abscesso pilonidal, o qual causa dor, vermelhidão e inchaço. A secreção purulenta maioria das vezes é drenada espontaneamente do abscesso.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares

Quando encaminhar ao AME

Cisto pilonidal crônico (com secreção seropurulenta persistente ou intermitente) ou recorrente (episódios recorrentes de abscesso pilonidal).

Observação: Casos suspeitos de cisto pilonidal infectado devem ser encaminhados para serviço de urgência para tratamento imediato.

25.6. Hidradenite supurativa

Definição

A hidradenite supurativa é uma doença inflamatória, crônica e recorrente dos folículos pilosos, originada a partir de hiperqueratose e oclusão folicular, seguido de dilatação pilosebácea, ruptura e extrusão do conteúdo folicular, o que desencadeia reação inflamatória secundária, podendo levar a formação de abscessos e fístulas.

Quadro Clínico

Lesões recorrentes dolorosas ou supurativas com ocorrência de mais de 2 vezes em 6 meses; caracterizadas por nódulos (inflamatórios ou não, únicos ou múltiplos), abscessos e/ou cicatrizes (atróficas, avermelhadas, hipertróficas ou lineares); localizadas em regiões axilares, inguinais, perineais, perianais, nádegas, dobras infra e intermamárias.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos de HS refratária;

Todos os casos de abscessos recorrentes únicos ou múltiplos, com formação de fístulas e cicatrizes (Estágio de Hurley II e III).

Observação: Casos suspeitos de hidradenite supurativa infectada devem ser encaminhados para serviço de urgência para tratamento imediato.

25.7. Doença diverticular dos cólons**Definição**

Os divertículos colônicos referem-se às herniações não complicadas da mucosa e da submucosa colônica através da camada muscular do cólon, tipicamente localizam-no cólon sigmóide e/ou no descendente e medem entre 5 e 10 mm. Sua prevalência aumenta com a idade, podendo chegar a 65% em pacientes com 80 anos. Quando há manifestações clínicas associadas aos divertículos constitui-se então a doença diverticular dos cólons, na qual não haverá complicações em aproximadamente 75% dos casos, já nos demais 25% poderão surgir complicações como abscessos, fístulas, obstruções, peritonite ou sepse.

Quadro Clínico

A DDC evolui de forma assintomática, na maioria das vezes sendo identificada como achado ocasional em exames de imagem realizados com outra finalidade. Nos pacientes sintomáticos há queixas abdominais vagas, às vezes representadas por desconforto abdominal ou dor no quadrante inferior esquerdo do abdome ou na região de hipogástrio; cólicas; constipação intestinal; evacuação de fezes em cíbalos; flatulência; distensão abdominal e alteração freqüente do hábito intestinal, em que se intercala a constipação com a diarreia também podem ser encontrados.

Exames complementares

Enema opaco / Trânsito intestinal; ou Tomografia computadorizada de abdome total com ou sem contraste; e Colonoscopia.

Quando encaminhar ao AME

Casos que evoluem com complicações, como abscessos, fístulas, obstruções e episódios prévios de peritonite ou sepse;

Presença de sintomas refratários ao tratamento clínico convencional.

Observação: Casos suspeitos de Diverticulite Aguda devem ser encaminhados para serviço de urgência e emergência.

25.8. Pólipo colônico**Definição**

Os pólipos do cólon podem originar-se devido a inflamação, maturação anormal, anormalidade da arquitetura ou proliferação e displasia da mucosa colônica. O seu principal ponto de interesse está associado ao potencial risco de malignidade inerente a alguns tipos de pólipos, como os adenomatosos e serrilhados. A maioria dos pólipos ocorre de forma esporádica, mas uma pequena porcentagem são manifestações de síndromes hereditárias, como a Polipose Adenomatosa Familiar, Síndrome de Gardner ou a Síndrome de Turcot.

Quadro Clínico

Habitualmente são assintomáticos, mas alguns casos podem levar a alteração do hábito intestinal, cólica abdominal e sangramentos. Pólipos de localização retal podem provocar tenesmo e se forem de grandes dimensões podem causar obstrução intestinal.

Exames complementares

Colonoscopia com biópsia

Quando encaminhar ao AME

Casos suspeitos de de síndromes hereditárias, como a Polipose Adenomatosa Familiar, Síndrome de Gardner ou a Síndrome de Turcot;
Lesões pré-malignas para seguimento, como pólipos, adenomatosos e serrilhados.

25.9. Constipação intestinal**Definição**

A constipação intestinal é uma condição multifatorial, sendo na maioria das vezes decorrente da ingestão inadequada de fibras e água. Subdivide-se em primária e secundária, tendo esta última causa bem definida, como doenças endócrinas e neurológicas ou uso inadvertido de substâncias obstipantes. É mais comum em mulheres e idosos, e tem como fatores de risco sedentarismo, baixo nível socioeconômico e educacional, desnutrição, abuso físico e sexual e estados depressivos.

Quadro Clínico

Presença de fezes endurecidas ou em cíbalos, esforço evacuatório excessivo, sensação de evacuação incompleta e frequência de defecações inferior a três vezes por semana.

Exames complementares

- Sorologia para Chagas;
- Eletrólitos;
- TSH / T4 livre.

Quando encaminhar ao AME

Refratariedade ao tratamento clínico realizado: não farmacológico (como dieta rica em fibras associada à ingestão hídrica adequada) e farmacológico, após 12 semanas de tratamento otimizado;
- Alteração de hábito intestinal em pessoa com suspeita de neoplasia maligna na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.

25.10. Ostomias (ileostomias e colostomias)**Definição**

É uma comunicação confeccionada, através de um procedimento cirúrgico entre abdome e a superfície cutânea, em que o intestino é trazido à pele, e através desse orifício as fezes serão eliminadas. Elas podem ser de caráter temporário ou definitivo a depender da causa que motivou a necessidade de sua confecção, sendo as mais comuns: diverticulite aguda complicada, tumor de cólon obstrutivo, lesão colônica por projétil de arma de fogo ou arma branca ou perfuração durante um exame endoscópico

Quadro Clínico

O estoma tem coloração rósea ou vermelho vivo e aspeto húmido, indolor e friável, podendo apresentar sangramentos discretos durante a sua higiene.

Exames complementares

Enema opaco / Trânsito intestinal; e
Exame endoscópico, como Colonoscopia, da porção intestinal a ser reconstruída.

Quando encaminhar ao AME

Necessidade de reversão de ileostomia ou colostomia temporária indicada por médico cirurgião, após considerar que existem condições de restabelecimento do tubo digestivo.

Observação: O fechamento deve ser adiado até que a resolução da condição subjacente ocorra, o estado de saúde do paciente esteja recuperado e a necessidade de desvio do trânsito intestinal não exista mais. O serviço que realizou a cirurgia inicial é preferencialmente o indicado para reversão da ileostomia ou colostomia.

25.11. Condiloma acuminado/ verrugas virais anorretais

Definição

O condiloma acuminado é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada pelo Papilomavírus humano (HPV) que acomete ambos os sexos. Atualmente, existem mais de 200 tipos de HPV descritos, sendo que aproximadamente 40 deles infectam o trato anogenital e alguns apresentam elevado risco oncogênico. A transmissão do HPV se dá por contato direto com pele ou mucosa infectada, sendo que a principal forma de transmissão é pela via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital. Portanto o contágio com o HPV pode ocorrer mesmo na ausência de penetração genital ou anal. Também pode haver transmissão durante o parto.

Quadro Clínico

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas, variam de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. A coloração varia de branco a rosa, púrpura, vermelho ou castanho. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes.

Exames complementares

Sorologias para DSTs (como sífilis, HIV, hepatites B e C).

Quando encaminhar ao AME

Pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

25.12. Prolapso retal / retocele

Definição

Prolapso retal significa a saída completa ou parcial desse segmento do intestino grosso pelo ânus, podendo ser aparente ou oculto, com maior incidência entre mulheres acima de 60 anos.

Quadro Clínico

Caracterizado pela sensação persistente de pressão e peso no reto, frequentemente confundido com hemorróidas. A incontinência fecal está presente em 30 a 80% dos pacientes. O prolapso persistente provoca modificações locais como escoriação da pele perianal, prurido, descarga de muco ou sangramento.

Exames complementares

Não há necessidade de exames complementares

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos suspeitos ou confirmados por avaliação clínica de prolapso retal.

25.13. Hemorragia digestiva baixa

Definição

A Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) é definida como a perda sanguínea cuja origem localiza-se em algum ponto distal ao ângulo duodenojejunal, ou ligamento de Treitz (início do intestino delgado).

Quadro Clínico

O espectro clínico de apresentação da HDB é amplo, variando desde episódios recorrentes e pouco expressivos de hematoquezia até hemorragias maciças e choque hemodinâmico. Na maior parte das

vezes, o sangramento é autolimitado. No adulto, a doença diverticular dos cólons, as angiodisplasias e as doenças proctológicas, sobretudo hemorroidárias, as neoplasias, as colites isquêmicas e infecciosas, as doenças inflamatórias intestinais, representam causas importantes de HDB.

Exames complementares

- Hemograma, coagulograma, tipagem sanguínea;
- Função renal, eletrólitos;
- Glicemia, função hepática;
- Endoscopia digestiva alta; e
- Colonoscopia.

Quando encaminhar ao AME

- Hematoquezia persistente não atribuível a doença orifical;
- Hematoquezia em paciente acima de 50 anos;
- Hematoquezia com sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- Episódio de melena após exclusão de origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;
- Anemia ferropriva (hemoglobina < 13 g/dL em homens ou < 12 g/dL em mulheres) sem causadefinida após investigação inicial na APS;
- Acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos) em colonoscopia prévia;
- Rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou Polipose Adenomatosa Familiar;
- Massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem.

Observação: Casos que estejam evoluindo com sinais de hipovolemia e/ou instabilidade hemodinâmica devem ser encaminhados para serviço de urgência para estabilização clínica imediata.

25.14. Suspeita De Doença Inflamatória Intestinal

Definição

- As doenças inflamatórias intestinais (DIIs) compreendem a doença de Crohn (DC) e a retocolite ou colite ulcerativa (RU). Ambas são idiopáticas porém relacionadas a uma resposta imunológica anormal à microbiota bacteriana da luz intestinal. Evoluem com curso crônico intermitente. Durante as recidivas a severidade dos sintomas varia de leve a severa, e durante as remissões muitos deles podem desaparecer ou diminuir.

Quadro Clínico

- De maneira geral, ambas as formas da doença apresentam-se com quadro de diarreia, associada ou não a presença de muco e/ou sangue nas fezes; dor abdominal nos quadrantes inferiores; perda de peso; podendo levar a quadros de febre e fadiga. Ao longo de sua evolução podem surgir urgência e incontinência fecal além de complicações potencialmente graves como hemorragias digestivas; abscessos intra-abdominais; estenoses e obstruções; perfuração intestinal; fistulizações perianais, megacólon tóxico e neoplasias. Há também manifestações extraintestinais como artropatias; eritema nodoso; pioderma gangrenoso; afecções oculares (esclerite, episclerite, uveíte), e condições hepatobiliares.

Exames complementares

- Hemograma;
- Proteína C reativa (PCR) e Velocidade de Hemossedimentação (VHS);
- Eletrólitos, cálcio e magnésio;
- Albumina, ferritina e vitamina B12;
- Função e bioquímica hepática;
- Coprocultura (se disponível);
- Colonoscopia com biópsia (se disponível).

Quando encaminhar ao AME

- Todos os casos suspeitos ou confirmados para DII.

25.15. Megacólon

Definição

O termo megacólon é usado para designar a dilatação e o alongamento do intestino grosso, que ocorre devido a alterações da inervação intrínseca deste órgão, levando a conseqüentes distúrbios morfológicos e funcionais. Pode ser de etiologia congênita ou adquirida, sendo este último associado a situações de natureza tóxica, hipotireoidismo e doença de Chagas.

Quadro Clínico

O megacólon apresenta espectro clínico amplo conforme evolução e gravidade da doença, podendo variar de constipação crônica progressiva com distensão abdominal em quadros iniciais, até fenômenos obstrutivos associados a fecaloma e ao volvo da sigmóide com vômitos fecaloides; necrose da alça intestinal envolvida; colite isquêmica ou a úlcera que pode ou não perfurar.

Exames complementares

Enema Opaco / Trânsito intestinal; Sorologia para Chagas.

Quando encaminhar ao AME

Todos os casos suspeitos ou confirmados para Megacólon.

NÃO SOMOS REFERÊNCIA PARA AS SEGUINTESS CONDIÇÕES CLÍNICAS:

- Neoplasias malignas suspeitas ou confirmadas
- Incontinência fecal
- Endometriose intestinal

26. Reumatologia

26.1. Fibromialgia

Definição

doença caracterizada por dor difusa, principalmente mialgia; muito geralmente os sintomas dolorosos estão associados a outros sintomas como fadiga, sono não reparador, ansiedade e depressão.

História clínica

presença de dor difusa crônica, principalmente mialgia, associada a outros sintomas como má qualidade de sono, ansiedade, depressão e fadiga. mais frequente no sexo feminino. idade de início mais comum entre os 30 aos 60 anos, porém pode ocorrer mesmo fora dessa faixa etária. doença com diagnóstico clínico, sem necessidade de exames complementares para sua confirmação. exames solicitados são para diagnósticos diferenciais. os critérios para sua confirmação são: presença de dor difusa por mais de 03 meses e presença de dor intensa em pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos (tender points) ao exame físico.

Exames complementares

hemograma, tsh, cpk e vitamina b12 (para pesquisa de diagnósticos diferenciais).

Quando encaminhar para o ame

em casos refratários ao tratamento clínico inicial.

26.2. Artrite Reumatóide

Definição

- doença inflamatória crônica que acomete, primariamente, múltiplas articulações.

História clínica

- início de poliartralgia simétrica de múltiplas articulações, primariamente interfalangeanas proximais de mãos, metacarpofalangeanas e punhos. tais artalgias apresentam-se com ritmo inflamatório (piora ao repouso e melhora com movimento), e associada a rigidez matinal, geralmente maior que 30

minutos. pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais comum a partir dos 30 aos 40 anos de idade.

Exames complementares

- hemograma, fator reumatóide, proteína c reativa (pcr) e velocidade de hemossedimentação (vhs).

Quando encaminhar para o ame

- todos os casos com critérios para diagnóstico da doença, ou seja, com pelo menos 3 das características a seguir: rigidez matinal; acometimento de pelo menos 3 articulações; acometimento de articulações das mãos (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas ou punhos); acometimento simétrico de articulações; fator reumatóide positivo; elevação de pcr e/ou vhs.

26.3. Espondiloartrites

Definição

- é caracterizada como uma artrite inflamatória crônica da coluna vertebral e articulações sacro-ilíacas;
- frequentemente pode estar associada a outras características clínicas articulares ou extra- articulares como artralgia em articulações periféricas (principalmente de membros inferiores como joelhos e tornozelos), dactilite (“dedos em salsicha”), uveíte, psoríase e doença inflamatória intestinal (doença de crohn ou retocolite ulcerativa);
- fazem parte desse grupo, por exemplo, a espondilite anquilosante a artrite psoriásica.

História clínica

- doença que tem início em grande parte dos casos em adultos jovens, antes dos 40 anos de idade, que se manifesta principalmente por dor na coluna (cervicalgia e/ou dorsalgia e/ou lombalgia), de caráter crônico e na maioria das vezes com ritmo inflamatório da dor (piora ao repouso e melhora com exercícios ou ao andar), sendo pior no período da manhã. pode haver, associado, quadro de inflamação de articulações periféricas, qualquer delas, porém mais comum em articulações de membros inferiores como joelhos e tornozelos. “olho vermelho” (uveíte), psoríase e doença inflamatória intestinal podem estar associados ao quadro.

Exames complementares

- hemograma, vhs, pcr. rx de articulações sacro-ilíacas (incidência ferguson), além de rx de outras áreas acometidas de acordo com as queixas do paciente (por exemplo: rx de joelhos, rx de mãos, rx de colunas cervical, torácica ou lombar).

Quando encaminhar para o ame

- .todos os casos

26.4. Osteoartrose

Definição

- doença articular degenerativa caracterizada pelo desgaste da cartilagem articular e por suas consequentes alterações ósseas peri-articulares como, por exemplo, formação de osteófitos.

História clínica

- pode acometer ambos os sexos, porém é mais comum em mulheres, além de também mais frequente quanto maior a idade do paciente, sendo pouco comum antes de 40 anos de idade e chegando a uma prevalência de 85% em paciente acima de 75 anos. caracteriza-se por alterações radiográficas compatíveis em radiografia da articulação acometida como diminuição do espaço articular, presença esclerose óssea subcondral e de osteófitos. tais alterações podem estar associadas à dor articular, caracteristicamente de ritmo mecânico (piora com atividade física e melhora com repouso).

Exames complementares

- radiografias das articulações acometidas (de acordo com a queixa do paciente)

Quando encaminhar para o ame

- casos avançados de osteoartrose, com comprometimento importante às atividades de vida diária do paciente devido dor e/ou limitação de movimento da articulação afetada.

26.5. Gota**Definição**

- caracteriza-se por uma doença inflamatória que acomete principalmente as articulações e ocorre devido taxas de ácido úrico elevadas no sangue (hiperuricemia).

História clínica

- com a elevação dos níveis de ácido úrico no sangue, este cristal deposita-se nos tecidos, principalmente nas articulações, gerando crises. as crises caracterizam-se, em grande parte dos casos, por monoartrite aguda acometendo principalmente 1ª metatarsofalangeana, tornozelos ou joelhos. ocorre mais comumente em homens, na faixa etária entre 40 e 50 anos de idade. em alguns casos pode haver também formação de cálculos renais (podendo gerar episódios de cólica renal), além de possibilidade de deposição de cristais de ácido úrico no subcutâneo, gerando os tofos.

Exames complementares

- hemograma, uréia, creatinina, ácido úrico, urina 1

Quando encaminhar para o ame

- casos refratários ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) inicial;
- gota em pacientes com comorbidades que possam gerar dificuldades no tratamento, por exemplo, insuficiência renal crônica.

26.6. Lúpus Eritematoso Sistêmico**Definição**

- doença inflamatória crônica auto-imune que pode afetar diversos órgãos como por exemplo, articulações, pele e mucosas, pleura, coração (pericárdio e miocárdio), rins, sistema nervoso central e sangue (anemia, leucopenia e plaquetopenia).

História clínica

- ocorre mais comumente em mulheres jovens (entre 20 e 45 anos de idade). os sintomas de lúpus eritematoso sistêmico são diversos e variam de acordo com o órgão ou órgãos acometidos em cada paciente. de maneira geral sintomas inespecíficos como febre, astenia e emagrecimento podem estar presentes. manifestações específicas de acordo com o órgão acometido podem ser relacionadas à serosite com pleurite ou pericardite; a anemia, leucopenia e/ou plaquetopenia pelo acometimento hematológico; convulsões, psicose dentre outras pelo acometimento de sistema nervoso central; alterações cutâneas (que ocorrem em aproximadamente 80% dos casos), principalmente em área exposta à radiação solar, cuja lesão mais característica é o eritema em “asa de borboleta” na face; alterações articulares ocorrem em até 90% dos casos, mais comumente com poliartralgia, muito comumente com ritmo inflamatório (piora ao repouso e melhora com movimentação) e acometendo principalmente mãos, pés, punhos e joelhos; e também com a inflamação nos rins (nefrite), que é um dos acometimentos do lúpus eritematoso sistêmico mais temidos, que pode se apresentar com hipertensão, edema de membros inferiores, urina espumosa e em casos mais graves oligúria e evolução para insuficiência renal.

Exames complementares

- hemograma, uréia, creatinina, pcr, vhs, fan, urina 1. quando encaminhar para o ame
- todos os casos.

27. Urologia

27.1. Cistite de repetição

Definição

- É a colonização bacteriana sintomática da bexiga em curtos intervalos de tempo.

História clínica

- Paciente apresenta-se com disúria e polaciúria. Pode surgir também, alteração da cor e odora da urina.

Exames complementares

- Urina¹, urocultura com antibiograma. Na persistência do quadro clínico, investigar possíveis alterações anatômicas e/ou funcionais do trato urinário com ultrassonografia de rins e vias urinárias e urografia excretora;
- Em mulheres, deve-se descartar alguma causa ginecológica para colonização bacteriana recorrente da uretra e bexiga.

Quando encaminhar para o AME

- Quando comprovada alguma alteração anatômica e/ou funcional do trato urinário;
- Suspeita de cistite intersticial;
- Suspeita de carcinoma in situ de bexiga - com histórico de tabagismo, ou exposição a outros fatores de risco como corantes e tinturas e histórico de hematúria ou micro-hematúria e antecedentes familiares.

27.2. Cistite intersticial

Definição

- É uma síndrome de natureza multifatorial, de início insidioso e caráter progressivo, com quadro clínico complexo, no qual predominam polaciúria, urgência e dor pélvica e perineal. O diagnóstico é de exclusão. Deve –se excluir cistite bacteriana, medicamentosa, uretrites, carcinoma vesica in situ, bexiga hiperativa e obstrução infra vesical.

História clínica

- O paciente apresenta-se com polaciúria, urgência e dor pélvica ou perineal.

Exames complementares

- Urina 1 e urocultura com antibiograma, ultrassonografia de rins e vias urinárias, urografia excretora e uretrocistografia miccional.

Quando encaminhar para o AME

- Na suspeita, quando urina 1, urocultura , ultrassonografia e uretrocistografia miccional normais, para realização de estudo urodinâmico e cistoscopia.

27.3. Obstrução do trato urinário

Definição

- A obstrução em qualquer ponto do trato urinário pode aumentar a pressão no seu interior e retardar o fluxo da urina. Além disso, pode dilatar os rins e provocar infecções do trato urinário, bem como formação de cálculos, podendo, inclusive, levar a perda da função renal. A infecção urinária ocorre, pois as bactérias que invadem o trato urinário não são eliminadas juntamente com a urina, quando o fluxo encontra-se obstruído. Além disso, a obstrução do trato urinário pode ainda ter como causa tumores pélvicos, doenças prostáticas ou neurológicas, traumas de coluna vertebral, refluxo vesicoureteral e alterações funcionais da própria bexiga.

História clínica

Os sinais e sintomas dependem da causa, da localização e da duração da obstrução:

- Obstrução de início súbito – normalmente produz cólica renal ou necessidade de uso de sonda vesical de demora;
- Obstrução lenta e progressiva — pode ser assintomática ou o paciente pode apresentar episódios

de dor em flanco do lado afetado ou piora gradativa de sintomas do trato urinário inferior, comumente chamados de prostatismo;

- Tumoração em flanco – quando o rim encontra-se muito dilatado;
- Dor intensa e intermitente decorrente do enchimento excessivo e temporário da pelve renal ou da obstrução ureteral temporária, comumente causada por cálculos urinários mas podendo ter outras causas, como cirúrgicas, processos inflamatórios locais e fibrose;
- Infecções do trato urinário, com presença de pus na urina;
- Formação de cálculos;
- Sintomas intestinais vagos como náusea, vômito e dor abdominal;
- Sintomas do trato urinário inferior ou prostatismo;
- Globo vesical palpável.

Exames complementares

- Urina 1, urocultura, ureia, creatinina, ultrassonografia de rins e vias urinárias, urografia excretora.

Quando encaminhar para o AME

- Todos os casos.

27.4. Litíase renal

Definição

- Formações sólidas de sais minerais e uma série de outras substâncias, como oxalato de cálcio e ácido úrico. Essas cristalizações podem migrar através das vias urinárias e causar muita dor, além de complicações. Os cálculos podem atingir os mais variados tamanhos, desde pequenos grãos até o tamanho do próprio rim. Eles se formam tanto nos rins quanto na bexiga. Em geral, os cálculos são radiopacos, associados a elevados níveis de cálcio/oxalato na urina. Em 5% dos casos, são formados por ácido úrico.

História clínica

- Cólica nefrética com irradiação para a virilha, às vezes com náuseas e vômitos;
- Quando cálculo coraliforme na pelve renal, associa-se a infecções urinárias de repetição;
- Hematúria, piúria e cristais em excesso na urina 1.

Exames complementares

- Urina 1, ureia, creatinina, RX simples de abdome, ultrassonografia de rins e vias urinárias.

Quando encaminhar para o AME

- Diagnosticar e encaminhar fora de alguma condição de urgência, tais como obstrução aguda com cólica ainda não controlada, cálculos associados à infecção, suspeitas de abscessos renais e perinefréticos. Esses casos devem ser encaminhados a serviços de urgência pelo risco de sepse e mesmo óbito em casos mais graves.

27.5. Hematúria a esclarecer

Definição

- Pode ser causada por cálculos, infecções do trato urinário, anemia falciforme, medicamentos, metais pesados, lesões do parênquima renal, neoplasia, nefropatia por IgA, colagenose, glomerulonefrite e tuberculose renal.

História Clínica

- Presença de sangue na urina.

Exames complementares

- Exames hematológicos, urina 1, urocultura, ureia, creatinina, ultrassonografia de rins e vias urinárias.

Quando encaminhar para o AME

- Todos os casos.

27.6. Prostatite

Definição

- Inflamação da próstata que pode ter origem bacteriana (*E. coli*), não bacteriana (Chlamydiase Mycoplasmas) ou tratar-se de uma prostatodinia. Pode ser classificada em:

- Prostatite bacteriana aguda: o diagnóstico é feito com o achado de bactérias patogênicas no líquido prostático. A *E. coli* é o agente mais comum e, ao contrário da prostatite bacteriana crônica, a aguda cursa com sintomas exuberantes e, concomitantemente com infecção urinária. Pode haver cronificação com sintomatologia discreta.

- Prostatite não bacteriana: apresentam um índice maior de pacientes e desafiam o urologista quanto ao diagnóstico e tratamento. É chamada de prostatose, se houver presença de células inflamatórias (leucócitos) na secreção prostática; ou de prostatodinia, na ausência de células inflamatórias. Os sintomas são similares a prostatite aguda, mas pode não haver aumento da temperatura corporal. Na prostatodinia ocorre inflamação da próstata, mas sem infecção. Acredita-se que o estresse, a ansiedade e a depressão tenham um papel importante como causa das manifestações clínicas nas pessoas afetadas.

História Clínica

- Febre, calafrio, mal estar, dor perineal, secreção uretral, disúria, polaciúria, dor após micção, dor para ejacular, cistite recidivante, hematúria.

Exames complementares

- Urocultura.

Quando encaminhar para o AME

- Encaminhar os casos de prostatite crônica, casos de infecção aguda devem ser encaminhadas a serviços de urgência pelo risco de infecção grave e sepse.

27.7. Epididimite

Definição

- A epididimite (inflamação do epidídimo) é tipicamente causada por organismos bacterianos associados a infecções do trato urinário, doenças sexualmente transmissíveis (clamídia e gonorreia), prostatite ou prostatectomia. O risco está associado a homens não monógamos, sexualmente ativos e que não usam preservativos. Também estão em risco os homens que tenham feito cirurgia recente ou que possuam antecedentes de problemas estruturais, que comprometem o trato genitourinário (não importando seu comportamento sexual).

História Clínica

- Febre, calafrios, sensação de peso no testículo;
- Testículo se torna cada vez mais edemaciado e sensível à pressão e tração;
- Desconforto na parte inferior do abdome, mal estar a pelve;
- Micção pode causar ardor ou dor;
- Secreção da uretra;
- Dor durante a ejaculação;
- Edema escrotal.

Exames complementares

- Hemograma completo, análise bioquímica do sangue, urina 1, urocultura, cultura de secreção uretral, bacterioscopia e sorologias para doenças sexualmente transmissíveis na presença de comportamentos de risco.

Quando encaminhar para o AME

- Encaminhar os casos de epididimite crônica, casos agudos devem ser encaminhados a serviços de urgência, pelo risco de abscessos, sepse e/ou doenças sexualmente transmissíveis.

27.8. Hiperplasia prostática benigna**Definição**

- É o crescimento benigno da próstata e costuma iniciar-se a partir de 40 anos de idade.

História clínica

- O paciente pode ser assintomático, enquanto houver compensação do músculo detrusor. Quando a capacidade desse músculo é excedida, pode apresentar gotejamento pós-miccional, dificuldade para urinar, nictúria, polaciúria, urgência e incontinência urinária, hematúria e até retenção urinária aguda.

Exames complementares

- Toque retal em todos os casos, PSA e urina 1.

Quando encaminhar para o AME

- Na falta de tratamento clínico ou quando o paciente não tiver condições financeiras de continuar com a terapia medicamentosa;
- Na suspeita de alguma complicação decorrente do aumento da próstata e obstrução do trato urinário inferior, tais como retenção urinária aguda e uso de sonda de demora, cálculos e divertículos na bexiga, alterações de creatinina com hidronefrose ao ultrassom, hematúria com origem provável no trato urinário inferior, infecções urinárias recorrentes, resíduo pós-miccional elevado (acima de 100ml);
- Na suspeita clínica de câncer de próstata, com possível indicação de biópsia para diagnóstico diferencial com a hiperplasia prostática benigna.