2024

FAQ

DÚVIDAS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

PERGUNTAS E RESPOSTAS



Fmusp saúde digital

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

FAQ: DÚVIDAS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Elaboração

Núcleo de Saúde Digital do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) em parceria com a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS)

Tiragem: 1° edição - 2024 - versão eletrônica

Esta obra não deve ser comercializada

VERSÃO PRELIMINAR



AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

DÚVIDAS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): PERGUNTAS E RESPOSTAS- Versão preliminar - 2024. — 2ª Edição. — Brasília, 2024
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Elaboração:
Artur Gonçalves Machado
Bruna Nunes Vargas
Celina de Almeida Lamas
Deoclecio Avigo
Flavia Regina de Andrade Varela
Juliana Cristina Watanabe
Luana de Souza Bento da Silva
Luciano Nader de Araújo
Marcela Mitie Missawa
Patrícia Gabriela Santana Alves
Tarcys Mallony Teixeira Printes
Vicente Souza Barreto Neto

Revisão técnica
Adrielle Moraes Cazotti
Alicia Pereira Banja Fernandes
Ana Beatriz de Souza Paes
Carlos Henrique Alves de Sousa
Ewerton Rabelo Manzotte
Gustavo Rodrigues Oliveira
Jeremias Cassiano da Silva
Jéssica Castro Cardoso Pessoa
Jhenifer Melissa de Oliveira Correira
Nathália Rezende Pimentel
Pedro Marcos Coelho Moscardini
Sabrina Vieira Felix
Sara Thayse de Souza
Sarah Cunha Ramos Ximenes

Revisão Geral
Ana Claudia Cielo
Luciana Maciel de Almeida Lopes
Carlos R. R. Carvalho

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

SUMÁRIO

Apresentação **05**

1.0 Manejo das condições oftalmológicas mais frequentes **05**

1.1 Como diferenciar e realizar a abordagem inicial dos diferentes tipos de conjuntivite por meio da teleconsulta? 05

1.2 Como identificar hordéolo e calázio por teleconsulta? 07

1.3 Referências Bibliográficas 08

2.0 Manejo das condições dermatológicas mais frequentes 09

2.1 Quais as condições dermatológicas mais frequentes avaliadas na APS? 09

2.2 Referências Bibliográficas 12

3.0 Manejo das condições mais frequentes do aparelho digestivo **14**

3.1 Devemos fazer rastreio do câncer colorretal? 14

3.2 Na suspeita de parasitose intestinal é recomendado tratar empiricamente ou pedir exame? 15

3.3 Qual o melhor manejo da dispepsia na APS? 16

3.4 Qual o melhor manejo para refluxo na APS? 18

3.5 Qual o melhor manejo para hemorroida na APS? 21

3.6 Qual a melhor abordagem da esteatose hepática na APS? 23

3.7 Qual a melhor abordagem para dor abdominal na APS? 24

3.8 Qual a melhor abordagem para gastroenterites na APS? 26

3.9 Referências Bibliográficas 27

4.0 manejo das condições musculoesqueléticas **31**

4.1 Por que não houve uma questão norteadora para o manejo de lombalgia no contexto da telemedicina? 31

4.2 Referências Bibliográficas 31

5.0 Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) podem ser abordadas por telemedicina? **32**

5.1 Abordagem inicial 32

5.2 Tabagismo e telemedicina 32

5.3 Terapia medicamentosa 33

5.4 Referências Bibliográficas 35

6.0 manejo das condições de saúde mental mais frequentes **36**

6.1 Como tratar sintomas predominantemente depressivos através da Saúde Digital? 36

6.2 Como tratar sintomas predominantemente depressivos através da saúde digital? 37

6.3 Como tratar sintomas predominantemente ansiosos através da saúde digital? 39

6.4 Referências Bibliográficas 41

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

Apresentação

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na prevenção e no acompanhamento contínuo dos pacientes. Neste *e-book*, apresentamos as principais questões médicas relacionadas à APS, em formato de FAQ (*Frequently Asked Questions*), facilitando o acesso rápido a informações essenciais.

Este material foi elaborado para auxiliar médicos e outros profissionais de saúde a esclarecer dúvidas frequentes sobre atendimentos comuns na APS, como realizar diagnósticos iniciais e fornecer orientações de tratamento. Nosso objetivo é oferecer um recurso prático que contribua para a melhoria do atendimento médico e para um cuidado mais eficaz dos pacientes.

Desejamos uma excelente leitura!

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

As perguntas compiladas neste *e-book* refletem as principais dúvidas médicas que surgem na APS. Elas abordam sintomas e condições frequentemente observados, oferecendo esclarecimentos sobre condutas gerais que auxiliam no manejo desses casos.

1.0 Manejo das condições oftalmológicas mais frequentes

1.1 Como diferenciar e realizar a abordagem inicial dos diferentes tipos de conjuntivite por meio da teleconsulta?

A conjuntivite é caracterizada pela inflamação da conjuntiva, a membrana que reveste as pálpebras e parte da esclera, sendo a principal causa de olho vermelho. A inflamação normalmente é causada por vírus e bactérias, mas ela também pode resultar do contato com substâncias irritantes, corpos estranhos, produtos químicos, traumas oculares ou condições climáticas, como frio e vento. A conjuntivite pode ser classificada quanto ao tempo de apresentação em hiperaguda (menos de 12 horas), aguda (até três semanas), crônica (mais de três semanas) ou recorrente. Já quanto à origem, pode ser infecciosa e contagiosa (bacteriana ou viral) ou não infecciosa (alérgica ou não alérgica).

Nas formas contagiosas, é importante orientar sobre a prevenção da contaminação e disseminação, como evitar aglomerações, lavar frequentemente o rosto e as mãos, e não compartilhar toalhas, fronhas, esponjas ou itens de beleza como rímel e delineadores, pois esses são veículos importantes de transmissão. A conjuntivite é comum em qualquer idade, com variações de intensidade e duração de acordo com a causa. A seguir, exploraremos as três principais formas de conjuntivite: a viral, a bacteriana e a alérgica.

VERSÃO PRELIMINAR

- A **conjuntivite viral** geralmente afeta um ou ambos os olhos, causando vermelhidão, lacrimejamento, inchaço das pálpebras, fotossensibilidade, ardência e sensação de areia nos olhos. Além disso, em alguns casos, pode ocorrer a presença de folículos nas pálpebras. A conjuntivite viral, por sua vez, pode estar associada a sintomas de infecções das vias aéreas, como odinofagia e febre. A doença é autolimitada, ou seja, tende a se resolver sozinha e não possui tratamento específico. O manejo é feito com medidas de alívio, como lavagem dos olhos e aplicação de compressas frias com água filtrada/fervida ou soro fisiológico gelado, além do uso de colírio lubrificante. Como a conjuntivite viral é altamente contagiosa, é essencial seguir orientações rigorosas para evitar a propagação do vírus.
- A **conjuntivite bacteriana** apresenta sintomas semelhantes aos da conjuntivite viral, como olhos vermelhos e sensação de areia. No entanto, o principal diferencial é a presença de secreção purulenta que aparece continuamente nos olhos. Embora a doença geralmente seja autolimitada, aplicam-se as mesmas medidas de alívio já mencionadas, além de orientações para evitar a propagação da infecção. O uso de colírios antibióticos pode ajudar a reduzir o tempo de duração da doença, diminuir a disfunção ocular e prevenir a transmissão.
- A **conjuntivite alérgica** se manifesta com prurido ocular, vermelhidão e lacrimejamento nos olhos, pálpebras hiperemiadas e edemaciadas, além da possível presença de papilas quadradas em pálpebra. O tratamento inclui o uso de compressas frias e colírios lubrificantes, bem como anti-histamínicos tópicos, como a olopatadina. É importante também identificar o alérgeno e removê-lo do ambiente de contato.

VERSÃO PRELIMINAR

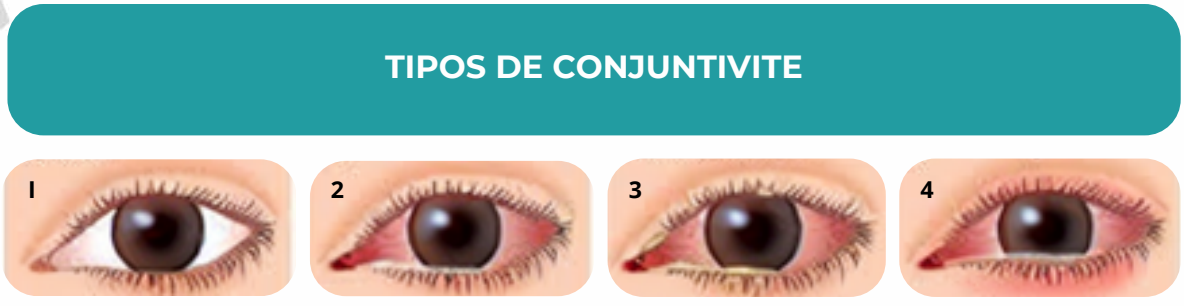


Figura 01: Tipos de conjuntivite. 1) Olho normal; 2) Olho com conjuntivite viral; 3) Olho com conjuntivite bacteriana; 4) Olho com conjuntivite alérgica. Fonte: adaptado de CBCO Hospital dos Olhos (www.cbco.com.br)

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

1.2 Como identificar hordéolo e calázio por teleconsulta?

Na teleconsulta, é possível identificar casos de hordéolo e calázio utilizando imagens ou vídeos de boa qualidade. O **hordéolo** se manifesta como um nódulo eritematoso e doloroso localizado na pálpebra, decorrente de uma inflamação ou infecção bacteriana das glândulas sebáceas e sudoríparas (glândulas de *Meibomius*, *Zeis* ou *Moll*). Sua evolução é autolimitada, mas, se não houver melhora com medidas conservadoras ou se o diagnóstico for incerto, o paciente deve ser encaminhado ao oftalmologista.

Por outro lado, o **calázio** aparece como um nódulo indolor e avermelhado, resultado da obstrução das glândulas de *Meibomius*. O diagnóstico também pode ser feito clinicamente, com base na história e no exame físico, o que facilita a abordagem por telessaúde. O tratamento inicial do calázio inclui a aplicação de compressas mornas e massagem suave no local para desobstruir as glândulas. Se essas medidas não forem eficazes, o paciente deve ser encaminhado a um especialista para avaliação e, possivelmente, para cirurgia. É crucial diferenciar o calázio de outras condições, como o carcinoma sebáceo, especialmente em lesões recorrentes ou unilaterais em pacientes acima de 50 anos, que podem apresentar ulceração ou alterações como perda de cílios (madarose) e deformação da pálpebra. Em crianças, lesões grandes podem causar ambliopia. Em situações nas quais não há resolução ou há suspeita de malignidade, é necessário encaminhamento ao especialista.

CONDIÇÕES OFTALMOLÓGICAS PALPEBRAIS



Figura 02: Condições oftalmológicas palpebrais; 1) Olho com hordéolo 2) Olho com calázio. Fonte: adaptado de Lenscope (https://medium.com/@Lenscope/ter%C3%A7ol-n%C3%A3o-%C3%A9-contagioso-veja-os-sintomas-e-como-tratar-ad2ff7853cda)

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

1.3 Referências Bibliográficas

1. Dynamed. "Chalazion." Record No. T115631, Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995. [Atualizado em 30 Nov. 2018, acesso em 9 Jun. 2023]. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/chalazion.

2. Ghosh, C., and T. Ghosh. "Eyelid Lesions." Evidence-Based Clinical Decision Support System UpToDate, Maio 2020. [Atualizado em 17 Abril 2023, acesso em 9 Jun. 2023]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/eyelid-lesions.

3. Lindsley, K., J. Nichols, and K. Dickersin. "Non-surgical Interventions for Acute Internal Hordeolum." PubMed, 9 Jan. 2017. [Acesso em 9 Jun. 2023]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28068454/.

4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). "Como Abordar Hordéolo e Calázio na Atenção Primária?" Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, Ago. 2020. [Acesso em 09 Jun. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/hordeolo-calazio-atencao-primaria/.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

2.0 Manejo das condições dermatológicas mais frequentes

2.1 Quais as condições dermatológicas mais frequentes avaliadas na APS?

Com o advento da telessaúde, a medicina pôde experimentar um processo de superação de suas barreiras e limitações geográficas, facilitando o acesso a serviços e possibilitando a avaliação especializada em um intervalo de tempo menor do que o habitual quando consideramos a assistência a pequenos municípios do Brasil. Nesse contexto, os diagnósticos em teledermatologia ganharam dinamismo e foram popularizados, facilitando o manejo de situações dermatológicas comuns na APS e possibilitando o reconhecimento e tratamento em momento oportuno de situações infecciosas agudas e crônica, potencialmente graves como no caso da hanseníase e de doenças reumatológicas com manifestações cutâneas.

É essencial para um diagnóstico eficaz em telessaúde que uma história clínica completa seja coletada, complementando a avaliação das lesões. A anamnese desempenha um papel crucial na diferenciação diagnóstica, na caracterização das lesões e na formulação de hipóteses. Para isso, a organização das perguntas é vital para desenvolver um raciocínio clínico apropriado, identificar síndromes relacionadas ao problema cutâneo e orientar intervenções que possam resolver as questões apresentadas. Além disso, é imprescindível reconhecer as lesões elementares em dermatologia antes de qualquer outro procedimento.

Há mais de duas mil condições que podem impactar a pele, o que representa um grande desafio para o manejo adequado dessas enfermidades, que podem ser apenas cutâneas ou integrar síndromes com envolvimento sistêmico. Assim, um diagnóstico preciso depende de diversos aspectos morfológicos e da evolução das lesões, aumentando significativamente a complexidade dos atendimentos em dermatologia na APS.

Pesquisas epidemiológicas mostram que as queixas dermatológicas constituem uma parcela importante das principais razões para consultas na APS, destacando-se entre as principais causas de busca por atendimento médico. A tabela a seguir apresenta algumas das condições dermatológicas, suas características e os tratamentos possíveis.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

AFECCÇÃO	CARACTERISTÍCAS	TRATAMENTO
Pitiríase Versicolor	Presença de máculas hipocrômicas, hipercrômicas ou eritematosas, que apresentam descamação fina e de aspecto furfuráceo (semelhante a farinha). Os sinais clínicos incluem o sinal de Besnier (unhada) e o sinal de Zirelí (estiramento da pele).	- Cetoconazol 2%. - Miconazol 2%. • Em gestantes pode ser utilizado Piritionato de Zinco.
Dermatite Seborreica	Presença de eritema e descamação no couro cabeludo, nos sulcos nasolabiais, na região dos músculos glabelares, no centro da face e no tórax anterior. A condição tende a agravar-se com o estresse. Em lactentes, pode apresentar-se como crosta láctea.	- Azóis (Xampu de cetoconazol). - Corticoterapia tópica de baixa potência (desonidade ou hidrocortisona. • O uso do xampu de cetoconazol deve ser usado, preferencialmente, em crianças maiores de 2 anos de idade. • Tratamento sistêmico deve ser usado em casos graves.
***Herpes* simples**	Presença de vesículas agrupadas nos lábios e/ou genitais.	- Aciclovir. - Fanciclovir. - Valacilovir.
Herpes Zoster	Presença de vesículas unilaterais que seguem o trajetos de um nervo.	- Aciclovir. - Fanciclovir. - Valacilovir. - Analgésicos. • Verificar se o paciente possui comprometimento imunológicos para adaptar o tratamento.
Tínea	Presença de lesões avermelhadas, levemente descamativas, que podem causar prurido. Frequentemente, forma lesões em anel, que se expandem do centro para a periferia. No couro cabeludo, pode provocar áreas de perda de cabelo, conhecidas como tonsuras, acompanhadas de descamação.	- Antifungicos tópicos (azóis). - Fluconazol. - Itraconazol. - Grisofulvina. • Os ceratolíticos podem melhorar a penetração dos antifúngicos, mas não devem ser aplicados na face ou em áreas intertriginosas.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

AFECCÇÃO	CARACTERISTÍCAS	TRATAMENTO
Escabiose	Presença de pequeno trajeto linear levemente elevado, de cor de pele ou avermelhado, acompanhado de pápulas eritematosas. Podem ocorrer escoriações devido à coceira.	- Permetrina 5%. - Ivermectina 6 mg. • Crianças com menos de 15 kg e gestantes devem usar apenas o tratamento tópico.
Impetigo bolhoso e não bolhoso	Presença de úlceras crostosas e amareladas. Vesículas com líquido amarelo.	- Ácido Fusídico 2%. - Mupirocina 2%. • Antibioticoterapia oral: amoxicilina/clavulanato, cefalexina, clindamicina, oxiciclina e sulfametoxazol/trimetoprima.
Dermatite atópica	Presença de eritema, pápulas, seropápulas, vesículas, escamas, crostas e liquenificação.	- Hidratantes a base de óleo na pele molhada. - Banho morno. - Pijama de algodão úmido nas fases agudas (*wet wrap*). - Banhos com amido de milho na água. - Maior frequência dos banhos úmidos.
Dermatite de contato	Presença de eritema, urtica, bolhas e crostas.	- Remover a substância causadora da dermatite. - Compressas úmidas, secativas ou antissépticas. - Corticosteroides tópicos para reduzir a inflamação da pele. - Tratamento sistêmico em casos graves.
Verrugas	Presença de lesões elevadas, endurecidas, de textura áspera e com coloração variável.	- Retrocoagulação e raspagem. - Cauterização química - substâncias cáusticas. - Criocirurgia com nitrogênio líquido. - Administração de imunomoduladores (Fluoruracila).

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

2.2 Referências Bibliográficas

1. Azulay, R. D., and D. R. Azulay. Dermatologia. 7ª ed., Guanabara Koogan, 2017.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). "Caspa (Dermatite Seborreica)." https://bvsms.saude.gov.br/caspa-dermatite-seborreica/#:~:text=A%20caspa%20ou%20dermatite%20seborreica,e%20de%20piora%20dos%20sintomas. Acesso em 22 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. "Herpes (Cobreiro)." https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/herpes. Acesso em 22 out. 2023.

3. Brasil. Ministério da Saúde. "Herpes (Cobreiro) – Tratamento." https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/herpes/tratamento. Acesso em 22 out. 2023.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). "Verrugas." https://bvsms.saude.gov.br/verrugas/#:~:text=Verruga%20vulgar%3A%20localizam%2Dse%20na,mil%C3%ADmetros%20a%20cent%C3%ADmetros%20de%20di%C3%A2metro. Acesso em 22 out. 2023.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

6. Clark, G. W., S. M. Pope, and K. A. Jaboori. "Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis." American Family Physician, vol. 91, no. 3, 1 Feb. 2015, pp. 185-90. https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0201/p185.html. Acesso em 22 out. 2023.

7. Duncan, B. B., et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5ª ed., vols. 1 e 2, Artmed, 2022.

8. Ferreira, I. G., D. F. Godoi, and E. R. Perugini. "Nosological Profile of Dermatological Diseases in Primary Care and Dermatology Secondary Care in Florianópolis (2016-2017)." Anais Brasileiros de Dermatologia, vol. 95, 2020, pp. 428-38.

9. Ferreira, I. G., D. F. Godoi, E. R. Perugini, A. B. Lancini, and R. Zonta. "Teledermatologia: Uma Interface entre a Atenção Primária e Atenção Especializada em Florianópolis." Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, vol. 14, no. 41, 2019, p. 2003. https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2003. Acesso em 22 out. 2023.

10. Goiás, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. "Escabiose." https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7604-escabiose#:~:text=Sintomas%3A%20A%20doen%C3%A7a%20tem%20como,aos%20t%C3%BAneis%20sob%20a%20pele. Acesso em 22 out. 2023.

11. Goiás, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. "Herpes Simples." https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7629-herpes-simples. Acesso em 22 out. 2023.

12. Dermatite de contato. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: https://www.sbd.org.br/doencas/dermatite-de- contato/. Acesso em: 22 out 2023.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Verrugas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/verrugas/#:~:text=Verruga%20vulgar%3A%20localizam%2Dse%20na,mil%C3%ADmetros%20a%20cent%C3%ADmetros%20de%20di%C3%A2metro. Acesso em 22 out 2023.

VERSÃO PRELIMINAR

14. Lindsley, K., J. Nichols, and K. Dickersin. "Non-surgical Interventions for Acute Internal Hordeolum." PubMed, 9 Jan. 2017. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28068454/. Acesso em 9 jun. 2023.

15. Rosumeck, S., A. Nast, and C. Dressler. "Ivermectin and Permethrin for Treating Scabies." Cochrane Database of Systematic Reviews, 2 Apr. 2018, CD012994. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012994/full. Acesso em 22 out. 2023.

16. Santos, K. P. B., and M. T. A. M. Ribeiro. "Motivos de Consulta Mais Comuns das Pessoas Atendidas por uma Equipe de Saúde da Família em Fortaleza-CE." Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, vol. 10, no. 37, 2015, pp. 1-11. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)831.

17. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. "Telecondutas. Dermatofitoses." https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_tinea.pdf. Acesso em 22 out. 2023.

18. Veasey, J. V., P. M. Macedo, J. R. Amorim, and R. Orofino-Costa. "The Correct Nomenclature of Zirelí Sign in the Propaedeutics of Pityriasis Versicolor (In Memoriam)." Anais Brasileiros de Dermatologia, vol. 96, 2021, pp. 591-94. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8441524/. Acesso em 22 out. 2023.

19. World Health Organization. "Scabies." 31 maio 2023, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies. Acesso em 22 out. 2023.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

3.0 Condições mais frequentes do aparelho digestivo

3.1 Devemos fazer rastreio do câncer colorretal?

O câncer colorretal, em sua maioria, se desenvolve a partir de pólipos adenomatosos. Esse processo é lento e pode levar de 10 a 15 anos para que um pólipo adenomatoso se torne maligno, oferecendo uma janela significativa para a detecção precoce. Durante esse período pré-clínico, tanto os pólipos quanto às lesões pré-cancerosas podem ser identificados e removidos, o que reduz consideravelmente a chance de progressão para câncer invasivo e melhora as chances de cura.

As diretrizes atuais recomendam que o rastreamento de câncer colorretal seja iniciado aos 50 anos para indivíduos de risco médio, com rastreamentos regulares até os 75 anos. Esse grupo inclui pessoas que não possuem histórico pessoal ou familiar significativo de câncer colorretal ou outras condições associadas, como o diagnóstico de câncer de intestino em parentes de primeiro grau antes dos 60 anos. Indivíduos de alto risco incluem aqueles com histórico familiar de câncer colorretal, doenças hereditárias (como a polipose adenomatosa familiar ou a síndrome de *Lynch)*, ou com histórico pessoal de doenças inflamatórias intestinais, além de pacientes com histórico de cânceres em outros órgãos, como ovário, útero ou mama.

O rastreio do câncer colorretal pode ser realizado por meio de dois exames principais: pela pesquisa de sangue oculto nas fezes e pela colonoscopia. A colonoscopia é o exame mais sensível para a detecção desse tipo de câncer, permitindo não apenas a visualização direta do cólon e reto, mas também a realização de biópsias de lesões suspeitas e a remoção de pólipos. Apesar disso, a pesquisa de sangue oculto nas fezes é uma alternativa mais acessível, sendo amplamente utilizada como ferramenta inicial de triagem.

Embora o Brasil ainda não tenha um programa nacional de rastreamento implementado, recomenda-se que pessoas entre 50 e 75 anos com risco médio realizem a pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente ou a cada dois anos, e uma colonoscopia a cada 10 anos, como parte de uma estratégia de detecção precoce.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

3.2 Na suspeita de parasitose intestinal é recomendado tratar empiricamente ou pedir exame?

As parasitoses intestinais são endêmicas em regiões tropicais e subtropicais, estando fortemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis e à falta de acesso a saneamento básico. No Brasil, as infecções mais comuns incluem ancilostomíase, ascaridíase, enterobiose, teníase e giardíase. Os principais agentes etiológicos são helmintos e protozoários, cuja transmissão ocorre pelo consumo de alimentos e água contaminados ou pelo contato da pele com solos contaminados em ambientes como escolas, parques e praças.

O diagnóstico das parasitoses intestinais é realizado, geralmente, por meio de exames de fezes, onde são identificados ovos, larvas ou vermes adultos. Para infecções causadas por protozoários, como *Giardia* e *Entamoeba*, o teste rápido de antígeno tem maior sensibilidade do que a microscopia. O tratamento recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) envolve o uso de albendazol ou mebendazol , medicamentos eficazes, acessíveis e de fácil administração. Em crianças entre 12 e 24 meses, a dose de albendazol deve ser reduzida, como medida de segurança. A OMS recomenda a realização de tratamento empírico anual em comunidades onde a prevalência, de helmintos e protozoários esteja entre 20% e 50% da população, e duas vezes ao ano em áreas com prevalência superior a 50%. No Brasil, desde 2016, a situação endêmica de helmintíases foi controlada, eliminando a necessidade de tratamento em massa com medicamentos anti-helmínticos. O país está agora em fase de vigilância, com o objetivo de manter as infecções em níveis abaixo do limiar comunitário.

A abordagem mais eficiente para o controle das parasitoses intestinais envolve testes e tratamentos direcionados. No entanto, a OMS não recomenda o rastreamento individual, uma vez que o custo desses exames é significativamente superior ao do próprio tratamento, sendo de quatro a dez vezes mais caro. Além disso, os medicamentos utilizados no tratamento de parasitoses, como o albendazol e o mebendazol, têm segurança comprovada e são associados a efeitos colaterais leves e raros. Em adultos, estudos indicam que o tratamento empírico das parasitoses intestinais não apresenta impacto clínico significativo. Já em crianças, embora as evidências ainda sejam limitadas, há indícios de que o tratamento pode melhorar sintomas.

VERSÃO PRELIMINAR

3.3 Qual o melhor manejo da dispepsia na APS?

A dispepsia é uma condição caracterizada por um conjunto de sintomas que alerta sobre possíveis problemas no trato gastrointestinal superior. Segundo o critério de Roma IV, a dispepsia é definida por desconforto ou dor abdominal persistente ou recorrente, localizada no hemiabdômen superior, que deve se manifestar, ao longo dos últimos 12 meses, por ≥12 semanas, não necessariamente consecutivas. Os sintomas mais comuns incluem dor ou sensação de queimação na região epigástrica, saciedade precoce após as refeições, eructação (arrotos), distensão abdominal, náuseas e desconforto na parte superior do abdômen.

O exame físico na dispepsia é geralmente normal, exceto pela sensibilidade epigástrica. O sinal de *Carnett* pode indicar dor na parede abdominal (positivo) ou em órgãos intra-abdominais (negativo). Achados adicionais incluem massa abdominal palpável, linfadenopatia, respingo de sucussão, palidez secundária à anemia e ascite, o que pode sugerir carcinomatose peritoneal. Pacientes com malignidades podem apresentar perda de massa muscular, gordura subcutânea e edema periférico devido à perda de peso.

Os exames laboratoriais podem ser realizados para identificar pacientes com características de alarme (por exemplo, anemia por deficiência de ferro) e doenças metabólicas subjacentes que podem causar dispepsia (por exemplo, diabetes, hipercalcemia). A endoscopia digestiva alta deve ser recomendada para pacientes com dispepsia que apresentem sinais de alerta ou que tenham mais de 60 anos. O teste sorológico, por sua vez, não é indicado, pois possui um baixo valor preditivo positivo.

A classificação da dispepsia varia conforme os exames realizados. Quando há investigação para determinar sua origem, é denominada dispepsia investigada. Se a causa é identificada, trata-se de dispepsia secundária. Quando os exames são normais, classifica-se como dispepsia funcional. Se os exames não foram realizados, é considerada dispepsia não investigada. Sempre que possível, deve-se realizar o teste para *H. pylori* utilizando um método que detecte infecção ativa, como o teste respiratório da ureia ou o teste de antígeno fecal.

Evidências mostram que realizar o teste para *H. pylori* antes e tratar imediatamente se o resultado for positivo é o mais benéfico para o paciente, pois isso reduz riscos e custos. No entanto, os testes ainda não são facilmente acessíveis a todos.

VERSÃO PRELIMINAR

Na indisponibilidade desses exames, a estratégia inicial na dispepsia não investigada é o tratamento empírico com Inibidor de Bomba de Prótons (IBP).

Dada a elevada prevalência da infecção por *H. pylori* no Brasil, uma alternativa em caso de insucesso terapêutico com IBP seria o tratamento empírico para erradicar a bactéria, conforme ilustrado no fluxograma abaixo:

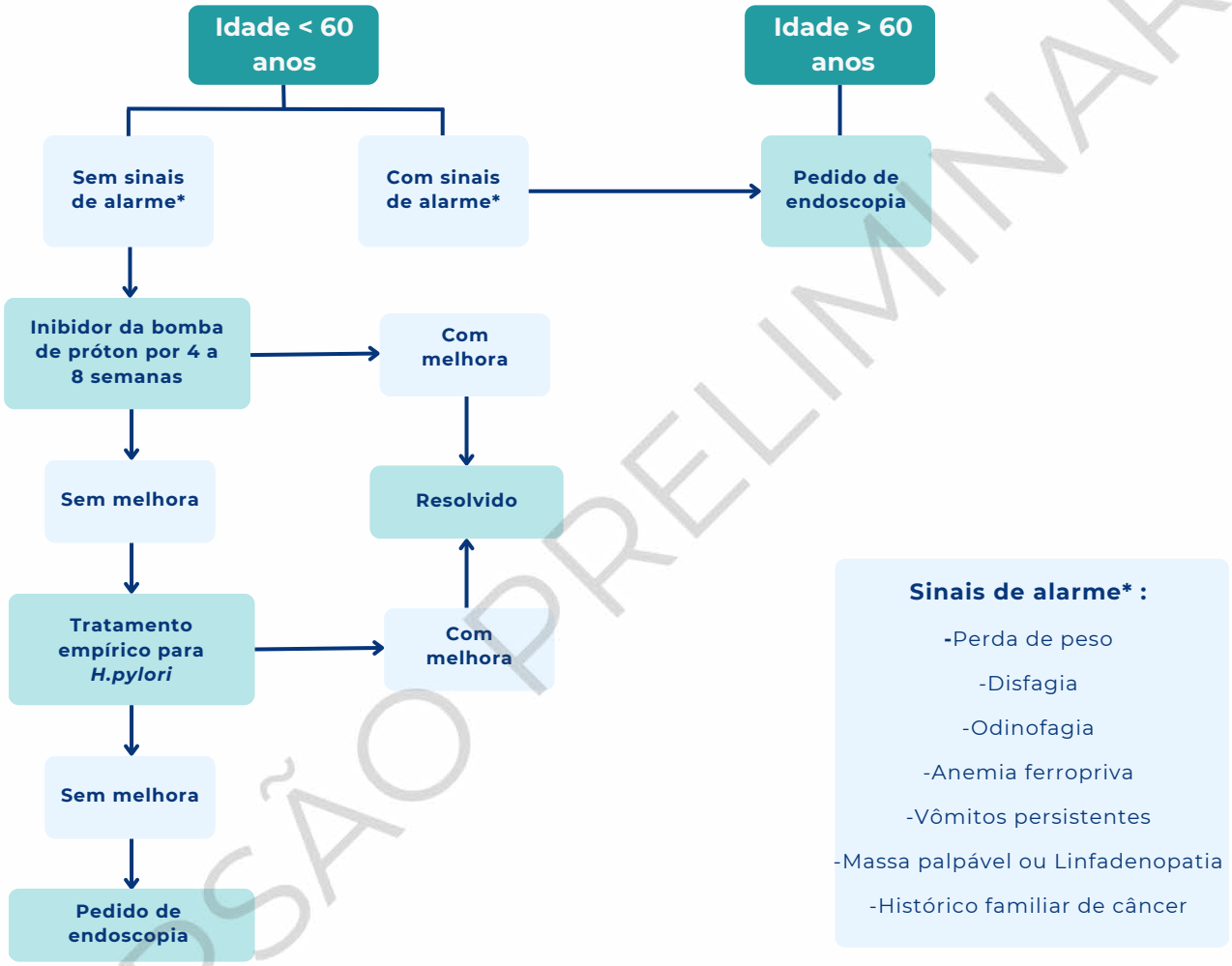


Figura 03: Fluxograma para o manejo de dispepsia na APS.

A abordagem e a extensão da avaliação diagnóstica de pacientes com dispepsia dependem da apresentação clínica, idade e presença de sinais de alarme, como perda de peso, disfagia, odinofagia, anemia ferropriva, vômitos persistentes, massa palpável, linfadenopatia ou histórico familiar de câncer gastrointestinal superior.

Um histórico detalhado é necessário para identificar a causa da dispepsia e excluir sinais de alarme, por exemplo:

- Pirose ou regurgitação sugere Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE).
- Uso de aspirina e Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINEs) aumenta dispepsia por AINEs e úlcera péptica.

VERSÃO PRELIMINAR

- Dor nas costas ou história de pancreatite indica possível pancreatite crônica.
- Perda de peso significativa, anemia, vômitos e disfagia sugerem malignidade gastroesofágica.
- Dor epigástrica com náuseas sugere colelitíase sintomática.
- Náuseas, vômitos e dor abdominal podem indicar gastroparesia ou dispepsia funcional.

3.4 Qual o melhor manejo para refluxo na APS?

A passagem do conteúdo gástrico para o esôfago, conhecida como refluxo gastroesofágico, é um processo fisiológico natural. Geralmente, esses episódios são breves e não causam sintomas, lesões esofágicas ou outras complicações. No entanto, o refluxo se torna patológico quando provoca danos visíveis ao esôfago ou gera sintomas incômodos. Os sintomas mais comuns incluem a sensação de azia ou pirose, acompanhada de regurgitação ácida. Além disso, a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) pode se manifestar de forma atípica, apresentando sintomas extraesofágicos como tosse, laringite, asma e até erosão dentária. Outros sintomas atípicos podem incluir dispepsia, dor epigástrica, náusea, distensão abdominal e arrotos.

A esofagite de refluxo ocorre quando o suco gástrico refluído provoca a liberação de citocinas e quimiocinas, atraindo células inflamatórias. Esses processos inflamatórios não apenas contribuem para a esofagite, mas também podem agravar os sintomas característicos da condição. Além disso, fatores como a redução da produção de saliva, o retardamento no esvaziamento gástrico e a hipersensibilidade esofágica podem influenciar os sintomas da DRGE.

A avaliação diagnóstica inicial de um paciente com DRGE é baseada no tipo de sintomas persistentes e na presença de sinais de alarme, que podem indicar a possibilidade de malignidade gastrointestinal. Esses sinais incluem:

- Dispepsia recentemente iniciada em pacientes com 60 anos ou mais.
- Evidências de sangramento gastrointestinal, como hematêmese, melena, hematoquezia ou sangue oculto nas fezes.
- Anemia por deficiência de ferro.
- Perda de apetite.
- Perda de peso inexplicável.
- Dificuldade para engolir (disfagia).
- Dor ao engolir (odinofagia).
- Vômitos persistentes.
- Histórico familiar de câncer gastrointestinal em parentes de primeiro grau.

VERSÃO PRELIMINAR

Quanto ao tratamento, os pacientes com sintomas clássicos de DRGE, como azia e regurgitação, mas sem sinais de alarme, devem ser submetidos a um teste empírico de 8 semanas com um IBP, administrado uma vez ao dia antes das refeições, podendo ser aumentada para duas vezes ao dia, se necessário. Mudanças no estilo de vida, como perda de peso e elevação da cabeceira da cama para casos noturnos, podem ser recomendadas.

O alívio dos sintomas pode ser considerado diagnóstico, mas a falta de resposta ao tratamento com IBP não exclui a possibilidade de DRGE. Recomenda-se tentar interromper os IBPs em pacientes que tiveram boa resposta aos sintomas clássicos durante um tratamento empírico de 8 semanas. Se a azia persistir com IBPs administrados duas vezes ao dia, isso indica uma falha no tratamento, estabelecendo um limite para a terapia empírica. Em casos de insucesso, é aconselhável realizar uma endoscopia diagnóstica, preferencialmente após a interrupção dos IBPs por 2 a 4 semanas.

A presença da DRGE pode estar associada ou não à inflamação esofágica, também conhecida como esofagite. Quando erosões são observadas durante o exame endoscópico, a condição é diagnosticada como Doença do Refluxo Erosivo. Caso não haja erosões, o diagnóstico é de Doença do Refluxo Não Erosiva.

Evidências demonstram que realizar o teste para *H. pylori* e tratar a infecção, se positivo, é benéfico para o paciente, pois reduz riscos e custos. No entanto, esses testes ainda não são de fácil acesso para todos. Na ausência desses exames, a estratégia inicial para a dispepsia não investigada é o tratamento empírico com IBP. Dada a alta prevalência da infecção por *H. pylori* no Brasil, uma alternativa em caso de falha terapêutica com IBP seria tratar empiricamente para erradicar a infecção, conforme o fluxograma abaixo descrito.

VERSÃO PRELIMINAR

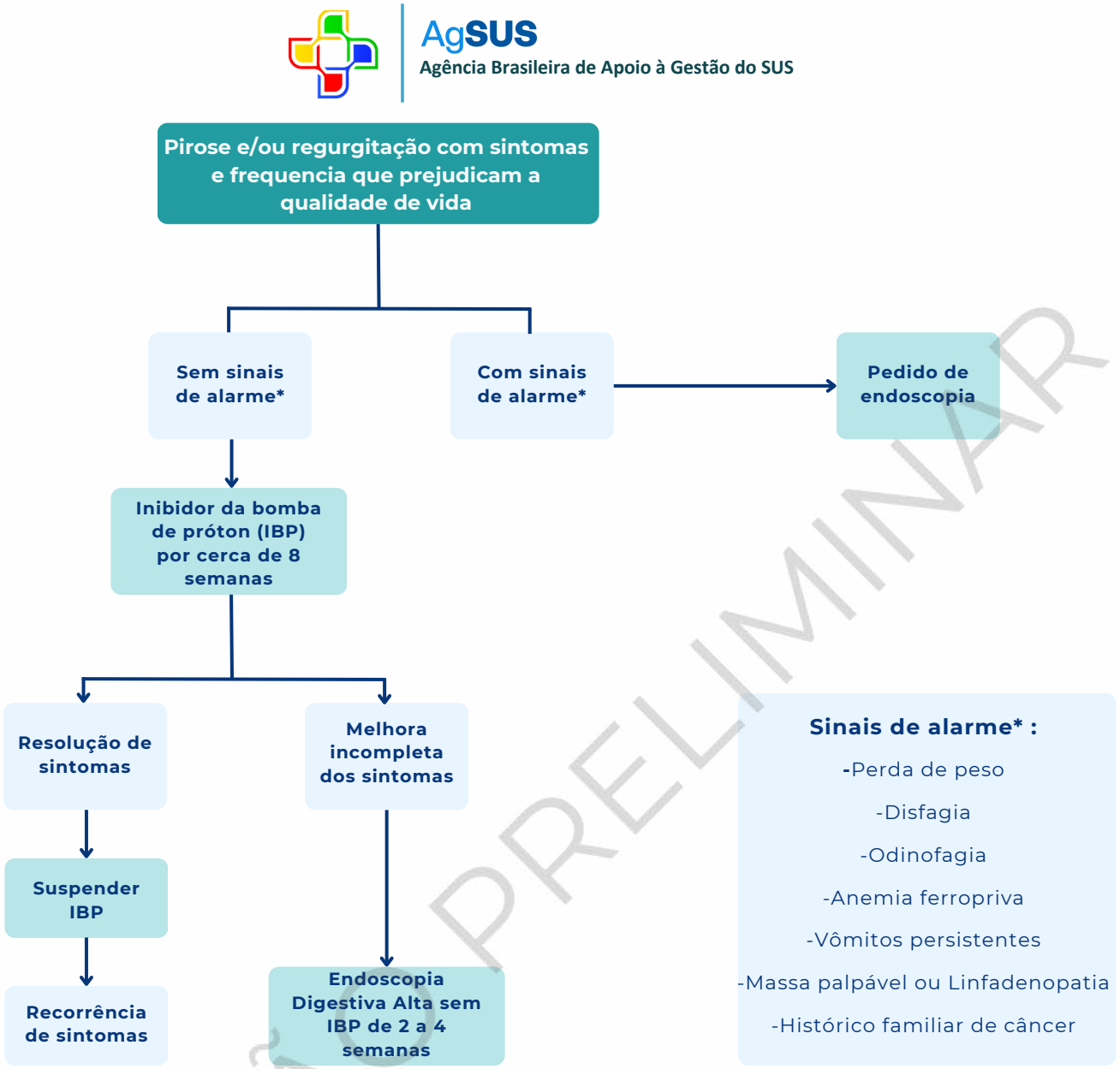


Figura 04: Fluxograma para o manejo de refluxo na APS.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

3.5 Qual o melhor manejo para hemorroida na APS?

As hemorroidas são estruturas de tecido conjuntivo altamente vascularizadas localizadas no interior do canal anal. As hemorroidas internas situam-se próximas à linha dentada ou pectínea, enquanto as externas estão localizadas mais distantes dessa linha. Embora elas façam parte da anatomia normal do canal anal, o termo "hemorroida" ou “doença hemorroidária” (DH) refere-se a uma condição patológica ou sintomática. Os principais sintomas da doença hemorroidária incluem sangramento, prurido anal, prolapso e dor associada à trombose. O diagnóstico é baseado nos sintomas e na avaliação proctológica, através da visualização de protrusão tecidual durante a inspeção visual ou pela anuscopia. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são:

- Idade entre 45 e 65 anos.
- Constipação crônica.
- Gravidez ou lesões pélvicas que causam aumento da pressão na região.
- Insuficiência hepática.
- Índice de Massa Corporal (IMC) elevado.

Através das teleconsultas, é possível avaliar casos com suspeita de hemorroidas, realizando uma boa anamnese e contando com o suporte da equipe de enfermagem local. A classificação da doença hemorroidária é feita de acordo com o grau de evolução:

Grau de evolução	Características
Grau 1	Hemorroidas visíveis na anuscopia e podem inchar no lúmen, mas não prolapsam abaixo da linha dentada ou pectínea.
Grau 2	Hemorroidas prolapsam para fora do canal anal durante a defecação ou com esforço, mas retornam espontaneamente à posição original.
Grau 3	Hemorroidas prolapsam durante a defecação ou com esforço, necessitando de redução manual para voltar à posição interna.
Grau 4	Hemorroidas irredutíveis, não podendo ser reposicionadas manualmente.

VERSÃO PRELIMINAR

As opções de tratamento para a doença hemorroidária variam desde medidas conservadoras até procedimentos cirúrgicos. A modificação da dieta e do estilo de vida é frequentemente recomendada como parte do tratamento conservador e na prevenção. Essas mudanças incluem aumentar a ingestão de fibras e líquidos, praticar exercícios regularmente, evitar esforço excessivo durante a defecação e consumir flavonoides. Os flavonóides são compostos naturais, encontrados em frutas cítricas, vegetais, chás e vinho tinto, possuem propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias, promovendo melhora na circulação sanguínea, redução da inflamação e alívio de sintomas como sangramento e coceira. Dentro dos procedimento cirúrgicos pode ser realizada a ligadura elástica que é uma abordagem eficaz de primeira linha para hemorroidas internas de graus 2 e 3. Outras opções terapêuticas para hemorroidas (graus 2 e 3) incluem escleroterapia, coagulação por infravermelho, ligadura arterial e hemorroidopexia por grampeamento. A hemorroidectomia cirúrgica é geralmente reservada para pacientes com hemorroidas de grande

Durante a gravidez, as hemorroidas são frequentes, e o foco do tratamento é o alívio dos sintomas, com modificações na dieta e no estilo de vida, exercícios de *Kegel* e estratégias para prevenir a constipação. A cirurgia é indicada em casos de hemorroidas de alto grau que não respondem ao tratamento conservador ou que apresentam complicações, como estrangulamento ou trombose. Hemorroidas externas com trombose aguda, que costumam surgir devido à constipação, podem ser tratadas com medidas conservadoras, como banhos de assento mornos e controle da dor. Nos casos mais graves, a intervenção cirúrgica pode ser necessária.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

3.6 Qual a melhor abordagem da esteatose hepática na APS?

Na APS, muitos pacientes são diagnosticados incidentalmente, seja por meio de exames laboratoriais que indicam níveis elevados de aminotransferases hepáticas, seja pela identificação de esteatose hepática em exames de imagem abdominal realizados por outros motivos. A maioria dos pacientes com DHGNA é assintomática, mas aqueles com Esteato-Hepatite Não Alcoólica (EHNA) podem relatar sintomas inespecíficos, como fadiga, mal-estar e desconforto vago no abdômen superior direito.

A abordagem da esteatose hepática deve ser centrada, inicialmente, em mudanças no estilo de vida, sendo a perda de peso, a prática de atividade física e a modificação da dieta as principais intervenções. Essas medidas constituem a primeira linha de tratamento. Recomenda-se uma dieta rica em frutas, fibras e vegetais, com redução do consumo de alimentos açucarados e processados. A perda de peso é essencial, pois a redução do tecido adiposo contribui diretamente para a diminuição da resistência à insulina, fator chave no manejo da doença.

Quando a perda de peso isolada não se mostra suficiente, pode-se considerar o uso de intervenções farmacológicas, como a vitamina E e as tiazolidinedionas. No entanto, esses medicamentos têm benefícios limitados e podem apresentar efeitos colaterais. Por isso, a terapia farmacológica deve ser reservada para pacientes com diagnóstico de Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA) confirmado por biópsia hepática, especialmente em casos de fibrose hepática em estágio ≥2.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

3.7 Qual a melhor abordagem para dor abdominal na APS?

Na avaliação de pacientes com dor abdominal, é essencial distinguir entre dor aguda e crônica, além de realizar uma história clínica detalhada. A maioria dos pacientes com dor abdominal apresenta causas benignas e autolimitadas, sendo o objetivo inicial da avaliação identificar etiologias graves que possam requerer intervenção urgente.

O primeiro passo é avaliar as características da dor, incluindo localização, cronologia, fatores precipitantes, intensidade, fatores de melhora e piora, além de sintomas associados. A cronologia da dor pode variar conforme a causa: por exemplo, a pancreatite apresenta início gradual, enquanto a perfuração e a peritonite têm início abrupto. Ela pode ter características variadas, como queimação, cólica ou aperto e sua intensidade está relacionada à gravidade do distúrbio, sendo mais intensa em casos agudos, como cólica biliar, renal ou isquemia mesentérica. Identificar o que desencadeia ou alivia a dor é fundamental para o diagnóstico, como na isquemia mesentérica crônica, que piora após a alimentação, ou na pancreatite, que melhora ao sentar-se e inclinar-se para frente.

Além disso, é fundamental avaliar os sintomas associados, pois eles podem oferecer pistas valiosas para o diagnóstico. Sintomas gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia, constipação, sangramento nas fezes e alterações no hábito intestinal, bem como sintomas geniturinários, como dor ao urinar, aumento da frequência urinária e presença de sangue na urina, podem indicar a origem dos sintomas. Já os sintomas constitucionais (febre, calafrios, fadiga, perda de peso, anorexia) podem ser indicativos de infecções, malignidades ou doenças sistêmicas, como a doença inflamatória intestinal. Sintomas cardiopulmonares, como tosse, falta de ar, ortopneia, dispneia e hipotensão ortostática, sugerem a possibilidade de causas pulmonares ou cardíacas para a dor abdominal.

É fundamental também obter informações sobre a história médica pregressa, incluindo cirurgias, procedimentos anteriores e o uso de medicamentos como AINEs, antibióticos e esteróides, que podem estar relacionados aos sintomas. Em mulheres, é necessário investigar a história menstrual e sintomas pélvicos, como corrimento, sangramento vaginal, dispareunia e dismenorreia, para avaliar possíveis causas ginecológicas de dor abdominal. A história de consumo de álcool também deve ser investigada, pois é relevante para avaliar a possibilidade de doença hepática e pancreatite.

VERSÃO PRELIMINAR

Além disso, a história familiar é importante, especialmente em casos de doenças como doença inflamatória intestinal (DII) ou câncer, onde o histórico familiar pode ser significativo.

A história de viagens é relevante para pacientes com sintomas de gastroenterite e colite, pois pode sugerir causas infecciosas. Também é importante investigar se o paciente teve contato com pessoas doentes, o que pode preceder o início dos sintomas em muitos casos. O exame físico é uma etapa crucial e inclui inspeção, ausculta, percussão e palpação. A inspeção considera a aparência geral do paciente e sua postura durante a dor. A ausculta avalia ruídos hidroaéreos, que podem sugerir obstrução intestinal. A percussão é usada para identificar ascite e hepatomegalia, enquanto a palpação avalia a sensibilidade abdominal e possíveis órgãos aumentados, como hepatomegalia ou esplenomegalia.

A presença de rigidez muscular é um sinal importante de inflamação peritoneal, e a sensibilidade à descompressão pode indicar peritonite. Pacientes também devem ser avaliados para sinais de lesões da parede abdominal e nervosa. Exames específicos podem ser realizados conforme necessário, como exame ocular para icterícia escleral, exame retal, exame pélvico ou exames pulmonares e cardíacos, de acordo com os sintomas. Pacientes com suspeita de risco de vida devem ser encaminhados imediatamente ao pronto-socorro. Isso inclui indivíduos com:

- Sinais vitais instáveis.
- Sinais de peritonite, como rigidez abdominal, sensibilidade à palpação profunda e dor exacerbada com leve percussão.
- Suspeita de condições potencialmente fatais, como obstrução intestinal aguda, isquemia mesentérica aguda, perfuração, infarto agudo do miocárdio ou gravidez ectópica.

Exames complementares podem ser solicitados conforme a hipótese diagnóstica, incluindo eletrólitos, creatinina, glicemia, cálcio, hemograma completo, lipase e/ou amilase, teste de gravidez (para mulheres em idade fértil), aminotransferases, fosfatase alcalina e bilirrubina. Exames de imagem, como ultrassonografia abdominal, radiografia abdominal ou tomografia computadorizada (TC), podem ser indicados com base nas suspeitas clínicas. Por exemplo, em casos de suspeita de problemas hepatobiliares, recomenda-se a realização de ultrassonografia abdominal. Para outras suspeitas, como úlcera péptica, a endoscopia pode ser considerada como método diagnóstico adicional.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

3.8 Qual a melhor abordagem para gastroenterites na APS?

A gastroenterite aguda é uma condição comum na APS, caracterizada por diarréia de início súbito que dura menos de duas semanas e pode ser acompanhada por náuseas, vômitos, febre e dor abdominal. Na maioria dos casos, a etiologia é viral, com o norovírus sendo o patógeno mais frequente. Outros vírus envolvidos incluem rotavírus, adenovírus entérico e astrovírus. Contudo, bactérias como *Staphylococcus aureus*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, *Yersinia* e *Escherichia coli*, além de parasitas como Giardia e *Cryptosporidium*, também podem ser responsáveis pela doença. O norovírus, em particular, é altamente contagioso, transmitido tanto por contato direto entre pessoas quanto por alimentos e água contaminados, sendo o principal causador de surtos em ambientes coletivos.

Na avaliação clínica, o exame físico frequentemente revela sensibilidade abdominal leve à palpação, com febre presente em aproximadamente metade dos pacientes. Sinais de desidratação, como mucosas secas, taquicardia, hipotensão e diminuição do turgor cutâneo, são menos comuns, mas quando presentes indicam desidratação moderada a grave, exigindo maior atenção. O manejo da gastroenterite aguda em adultos sem sinais significativos de desidratação pode ser feito com a ingestão de líquidos, como bebidas esportivas e caldos. Nos casos de desidratação leve a moderada, a reposição com soluções de reidratação oral é o tratamento de escolha. Em situações mais graves, pode ser necessária a administração de fluidos intravenosos.

O uso de antibióticos não é recomendado na maioria dos casos de gastroenterite viral. No entanto, quando a etiologia bacteriana não pode ser descartada, o uso de antibióticos pode ser considerado. Durante o curso da doença, a dieta deve ser leve, incluindo alimentos de fácil digestão, como biscoitos salgados, frutas, iogurtes, sopas e vegetais cozidos. A gastroenterite viral geralmente é autolimitada, não exigindo tratamento medicamentoso. Antieméticos e agentes antimotilidade podem ser utilizados em casos selecionados para controle dos sintomas. O uso de probióticos pode reduzir a duração dos sintomas, embora os resultados ainda sejam controversos, e mais estudos são necessários para confirmar sua eficácia. A suplementação de zinco não faz parte do tratamento padrão para adultos, sendo recomendada apenas em algumas situações específicas para crianças.

VERSÃO PRELIMINAR

Existem sinais de alerta que indicam a necessidade de hospitalização ou investigação mais aprofundada, como desidratação grave, desequilíbrios eletrolíticos, presença de sangue nas fezes, perda de peso significativa, dor abdominal intensa, sintomas prolongados, febre alta (acima de 38,5°C), histórico recente de internação ou uso de antibióticos, idade avançada (70 anos ou mais), comorbidades ou gravidez.

Se os sintomas persistirem por mais de sete dias ou houver piora no quadro, uma reavaliação deve ser realizada para investigar outras possíveis causas subjacentes de gastroenterite. Exames laboratoriais, como cultura de fezes, geralmente não são necessários, a menos que existam sinais de alerta ou suspeita de uma causa inflamatória não viral.

3.9 Referências Bibliográficas

1. Alderman, H., Konde-Lule, J., Sebuliba, I., Bundy, D., and Hall, A. "Effect on Weight Gain of Routinely Giving Albendazole to Preschool Children During Child Health Days in Uganda: Cluster Randomised Controlled Trial." BMJ, vol. 333, no. 7559, 15 Jul. 2006, pp. 122.

2. Alexandraki, I., and Smetana, G. W. Acute Viral Gastroenteritis in Adults. UpToDate, 2023.

3. Bresee, J. S., Marcus, R., Venezia, R. A., Keene, W. E., Morse, D., Thanassi, M., et al. "The Etiology of Severe Acute Gastroenteritis Among Adults Visiting Emergency Departments in the United States." Journal of Infectious Diseases, vol. 205, no. 9, 1 May 2012, pp. 1374–81.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia Prático para o Controle das Geo-helmintíases. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

5. Bundy, D. A. P., Walson, J. L., and Watkins, K. L. "Worms, Wisdom, and Wealth: Why Deworming Can Make Economic Sense." Trends in Parasitology, vol. 29, no. 3, Mar. 2013, pp. 142–48.

6. Caballero-Mateos, A., and Redondo Cerezo, E. "Dyspepsia, Functional Dyspepsia and Rome IV Criteria." Revista Española de Enfermedades Digestivas, vol. 110, 2018, pp. 530–31.

7. Clinical Guideline. NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2014. "Gastro-oesophageal Reflux Disease and Dyspepsia in Adults: Investigation and Management." Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg184.

VERSÃO PRELIMINAR

8. Cruz, G. M. G. da, Ferreira, R. M. R. S., and Neves, P. M. "Doença Hemorroidária: Aspectos Epidemiológicos e Diagnósticos de 9.289 Pacientes Portadores de Doença Hemorroidária." Revista Brasileira de Coloproctologia, vol. 26, no. 1, Mar. 2006, pp. 6–23.

9. Danny, A. Milner, and J. M. M. "Approach to Stool Microscopy." UpToDate, 2023. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-stool-microscopy?search=protozo%C3%A1rios%20parasitas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

10. Fass, R. "Approach to Refractory Gastroesophageal Reflux Disease in Adults." UpToDate, 2022, [cited 6 Aug. 2023]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-refractory-gastroesophageal-reflux-disease-in-adults?search=refluxo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.

11. Fishman, M. B. "Chronic Abdominal Pain in Children and Adolescents: Approach to the Evaluation." UpToDate, 2023.

12. Ford, A. C., Marwaha, A., Sood, R., and Moayyedi, P. "Global Prevalence of, and Risk Factors for, Uninvestigated Dyspepsia: A Meta-Analysis." Gut, vol. 64, no. 7, Jul. 2015, pp. 1049–57.

13. Gusso, G., et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2nd ed., vol. Capítulo 166, 2019.

14. Hall, A. "Incidence of Acute Gastroenteritis and Role of Norovirus, Georgia, USA, 2004-2005." Emerging Infectious Diseases, vol. 17, no. 8, Aug. 2011.

15. Jain, A., Mehta, N., Secko, M., Schechter, J., Papanagnou, D., Pandya, S., et al. "History, Physical Examination, Laboratory Testing, and Emergency Department Ultrasonography for the Diagnosis of Acute Cholecystitis." Academic Emergency Medicine, vol. 24, no. 3, 11 Mar. 2017, pp. 281–97.

16. Kahrilas, P. J., Shaheen, N. J., and Vaezi, M. F. "American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease." Gastroenterology, vol. 135, no. 4, Oct. 2008, pp. 1392-1413.e5.

17. Katz, P. O., Dunbar, K. B., Schnoll-Sussman, F. H., Greer, K. B., Yadlapati, R., and Spechler, S. J. "ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease." American Journal of Gastroenterology, vol. 117, no. 1, Jan. 2022, pp. 27–56.

VERSÃO PRELIMINAR

18. Lohsiriwat, V. "Treatment of Hemorrhoids: A Coloproctologist's View." World Journal of Gastroenterology, vol. 21, no. 31, 2015, pp. 9245.

19. Marc, J., Zuckerman, M., and Carrion, F. "Gastro-oesophageal Reflux Disease." BMJ, 2023.

20. Mejia, R. "Mass Drug Administration for Control of Parasitic Infections." UpToDate, 2021, [cited 25 Jul. 2023]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/mass-drug-administration-for-control-of-parasitic-infections search=parasitoses%20intestinais%20&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5**.**

21. Milner, D. A. "Approach to Stool Microscopy." UpToDate, 2023. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-stool-microscopy?search=protozo%C3%A1rios%20parasitas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

22. Riss, S., Weiser, F. A., Schwameis, K., Riss, T., Mittlböck, M., Steiner, G., et al. "The Prevalence of Hemorrhoids in Adults." International Journal of Colorectal Disease, 20 Feb. 2012, vol. 27, no. 2, pp. 215–20.

23. Ronald, Bleday. "Hemorrhoids: Clinical Manifestations and Diagnosis." UpToDate, 2023.

24. Rastogi, V., Singh, D., Tekiner, H., Ye, F., Kirchenko, N., Mazza, J. J., et al. "Abdominal Physical Signs and Medical Eponyms: Physical Examination of Palpation Part 1, 1876–1907." Clinical Medicine & Research, vol. 16, no. 3–4, Dec. 2018, pp. 83–91.

25. Scallan, E., Hoekstra, R. M., Angulo, F. J., Tauxe, R. V., Widdowson, M. A., Roy, S. L., et al. "Foodborne Illness Acquired in the United States—Major Pathogens." Emerging Infectious Diseases, vol. 17, no. 1, Jan. 2011, pp. 7–15.

26. Scandiuzzi, M. C. de P., Camargo, E. B., and Elias, F. T. S. "Câncer Colorretal no Brasil: Perspectivas para Detecção Precoce." Brasília Médica, vol. 56, 2019, [cited 25 Jul. 2023]. Available from: http://rbm.org.br/details/289/pt-BR/cancer-colorretal-no-brasil--perspectivas-para-deteccao-precoce#:~:text=No%20Brasil%2C%20o%20Caderno%20de,nas%20fezes%2C%20colonoscopia%20ou%20sigmoidoscopia.

VERSÃO PRELIMINAR

27. Srinivasan, R., and Greenbaum, D. S. "Chronic Abdominal Wall Pain: A Frequently Overlooked Problem. Practical Approach to Diagnosis and Management." American Journal of Gastroenterology, vol. 97, no. 4, Apr. 2002, pp. 929–34.

28. Thacker, H. J., and Lutz, A. S. "Antimicrobial Stewardship in the Emergency Department." Journal of Emergency Medicine, vol. 54, no. 4, Apr. 2018, pp. 579–8

29. Thompson, R. E., and Espinoza, F. "Acute and Chronic Abdominal Pain." American Family Physician, vol. 88, no. 7, 1 Oct. 2013, pp. 491–98.

30. Thorne, S. "Abdominal Pain in Children." UpToDate, 2023.

31. WHO. "Deworming for Health and Development: Report of the Third Global Meeting of the Partners for Parasite Control." World Health Organization, Geneva, 2005.

32. Zuckerman, M. "Management of Gastroesophageal Reflux Disease." BMJ, vol. 363, 2023.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

4.0 Manejo de condições musculo esqueléticas

4.1 Por que não houve uma questão norteadora para o manejo de lombalgia no contexto da telessaúde?

No contexto da telessaúde, a ausência de uma questão norteadora para o manejo da lombalgia pode ser explicada pela semelhança entre os atendimentos digitais e presenciais. Embora a lombalgia seja uma queixa frequente na APS, a avaliação e o manejo da condição, quando realizados de forma remota, não diferem substancialmente da prática presencial. Isso se deve ao fato de que muitos exames físicos, essenciais para um diagnóstico preciso, exigem a presença de um profissional de saúde para sua execução.

A telessaúde, por sua vez, permite a condução de uma anamnese detalhada e estruturada, assim como a investigação de sinais de alarme, que são passos importantes na definição de condutas. Portanto, a abordagem inicial da lombalgia no ambiente digital é semelhante à realizada no consultório, incluindo a decisão sobre o encaminhamento para exames complementares ou a recomendação de tratamentos conservadores. No entanto, recomenda-se que casos de dor persistente (mais de 4 semanas), suspeitas de etiologias específicas (radiculopatia, infecção, tumor, doença reumatológica) ou dor referida sejam encaminhados para atendimento presencial, a fim de realizar o exame físico.

Dessa forma, não há uma necessidade de estabelecer uma questão norteadora específica para a lombalgia, visto que os protocolos para a teleconsulta já se adequam às práticas presenciais, com a ressalva de que casos mais complexos, como dor persistente ou suspeita de etiologias mais graves, devem ser encaminhados para avaliação presencial.

4.2 Referências Bibliográficas

1. Buvik, A., Bugge, E., Knutsen, G., Småbrekke, A., and Wilsgaard, T. "Quality of Care for Remote Orthopaedic Consultations Using Telemedicine: A Randomised **2.** Controlled Trial." BMC Health Services Research, vol. 16, no. 1, 2016, p. 483. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1717-7.

2. Gusso, G., Lopes, M. C., and Dias, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2nd ed., vol. 1, Artmed, 2019.

3. Yedlinsky, N. T., and Peebles, R. L. "Telemedicine Management of Musculoskeletal Issues." American Family Physician, vol. 103, no. 3, 2021, pp. 147–54.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

5.0 Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) podem ser abordadas por telessaúde?

5.1 Abordagem inicial

O uso de drogas lícitas e ilícitas é bastante comum na população em geral, assim como os problemas de saúde, psicológicos e sociais que surgem desse uso, como doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, doenças cardiovasculares, cirrose, má adesão aos tratamentos, além de conflitos familiares e trabalhistas, mortes precoces e violentas. A APS tem capacidade para abordar e acompanhar a maioria dos casos de Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), encaminhando os mais graves para serviços especializados, como os CAPS-AD (Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas). Os pilares para o tratamento dos TUS incluem:

- **Estabelecer um vínculo sólido entre o usuário e o profissional de saúde:** Construir uma relação de confiança é essencial para o sucesso do tratamento e acompanhamento do paciente.
- **Avaliar e estimular à motivação para mudança:** Identificar o nível de motivação do paciente e trabalhar para reforçá-lo são passos fundamentais no processo de recuperação.
- **Abordagem multidisciplinar:** O tratamento deve envolver uma equipe composta por diferentes profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, para garantir um atendimento integral.
- **Foco nos problemas associados ao uso, e não apenas na substância:** A ênfase do tratamento deve estar nas consequências físicas, psicológicas e sociais do uso de substâncias, em vez de concentrar-se unicamente no consumo.
- **Uso de medicações:** Medicamentos podem ser úteis, especialmente para pacientes com maior motivação para o tratamento, auxiliando no controle dos sintomas e na redução do uso de substâncias.

5.2 Tabagismo e telessaúde

No contexto da APS, é essencial que o profissional, mesmo de forma breve, identifique e motive o paciente a cessar o tabagismo durante as consultas. Todo serviço da APS deve contar com um grupo de apoio à cessação do tabagismo, pois muitos fumantes têm o desejo de parar, mas enfrentam dificuldades em fazê-lo sozinhos.

VERSÃO PRELIMINAR

O atendimento em grupo proporciona uma troca de experiências entre os participantes e aumenta o impacto terapêutico, além de ajudar a identificar aqueles mais motivados em determinado período. A motivação para a mudança pode variar ao longo do tempo, e o apoio dos profissionais de saúde é fundamental para ampliá-la. O ideal é realizar uma abordagem multiprofissional, envolvendo medicina, enfermagem, psicologia e farmácia, com encontros semanais ao longo de 4 a 8 semanas. Essa abordagem deve combinar técnicas motivacionais com a prescrição de medicamentos.

Também é importante avaliar o nível de motivação do paciente para a mudança, utilizando o modelo de *Prochaska* e *DiClemente*. Prescrever medicamentos a um tabagista pouco motivado, que esteja na fase de pré-contemplação, pode ser ineficaz. Nesses casos, o profissional deve se mostrar disponível e oferecer a participação no grupo de apoio. Técnicas de entrevista motivacional podem ajudar a estimular fumantes mais resistentes. Identificar situações com maior risco de recaída e ajustar a intervenção conforme o estágio motivacional de cada paciente são estratégias fundamentais para o sucesso no tratamento.

5.3 Terapia medicamentosa

Para facilitar o abandono do tabagismo, é recomendável que o paciente defina uma data específica para parar de fumar, conhecida como “dia D”, idealmente após o segundo ou terceiro encontro. Embora a interrupção abrupta seja possível, a redução gradual ao longo de 2 a 4 semanas é a estratégia mais comum, pois resulta em menos sintomas de abstinência. As medicações devem ser iniciadas 1 a 2 semanas antes do “dia D”.

A terapia de reposição de nicotina (TRN) substitui a nicotina do cigarro por uma versão medicinal, sem os componentes prejudiciais da fumaça do tabaco, ajudando a aliviar os sintomas de abstinência. É recomendado que o paciente defina o “dia D” entre 3 a 5 dias após o início da TRN. As formas de TRN incluem:

- **Gomas de nicotina :** Devem ser mastigadas lentamente até que a nicotina seja liberada, proporcionando alívio dos desejos. O uso das gomas é ajustado conforme a quantidade de cigarros que o fumante costumava consumir, com a dose e a frequência de uso diminuindo gradualmente à medida que o organismo se adapta à redução da nicotina. Esse método permite um controle mais flexível da necessidade de nicotina ao longo do tempo.

VERSÃO PRELIMINAR

- **Adesivos transdérmicos:** Os adesivos liberam gradualmente uma substância ativa através da pele, ajudando a reduzir os sintomas de abstinência da nicotina. O tratamento com adesivos é geralmente ajustado de acordo com o nível de dependência do fumante, sendo indicado um período de uso com doses progressivamente menores, até que o indivíduo esteja menos dependente da nicotina.

Ciclos de 8 semanas de TRN têm a mesma eficácia que ciclos mais longos, e tanto a interrupção abrupta quanto a redução gradual são eficazes. Remover o adesivo à noite é tão eficiente quanto mantê-lo durante o sono, e doses superiores a 21 mg/dia podem beneficiar apenas fumantes que consomem mais de 30 cigarros por dia. Embora a nicotina seja um vasoconstritor, o uso de TRN em pacientes com doenças cardiovasculares mostrou ser seguro, com os principais efeitos adversos sendo irritação local. A TRN apresenta bons resultados, mesmo sem suporte comportamental adicional. Também é essencial obter uma história detalhada do tabagismo, incluindo início, intensidade, tentativas anteriores de parar e histórico familiar. Todas as estratégias utilizadas no tratamento devem ser ajustadas ao paciente, garantindo um tratamento eficaz e seguro.

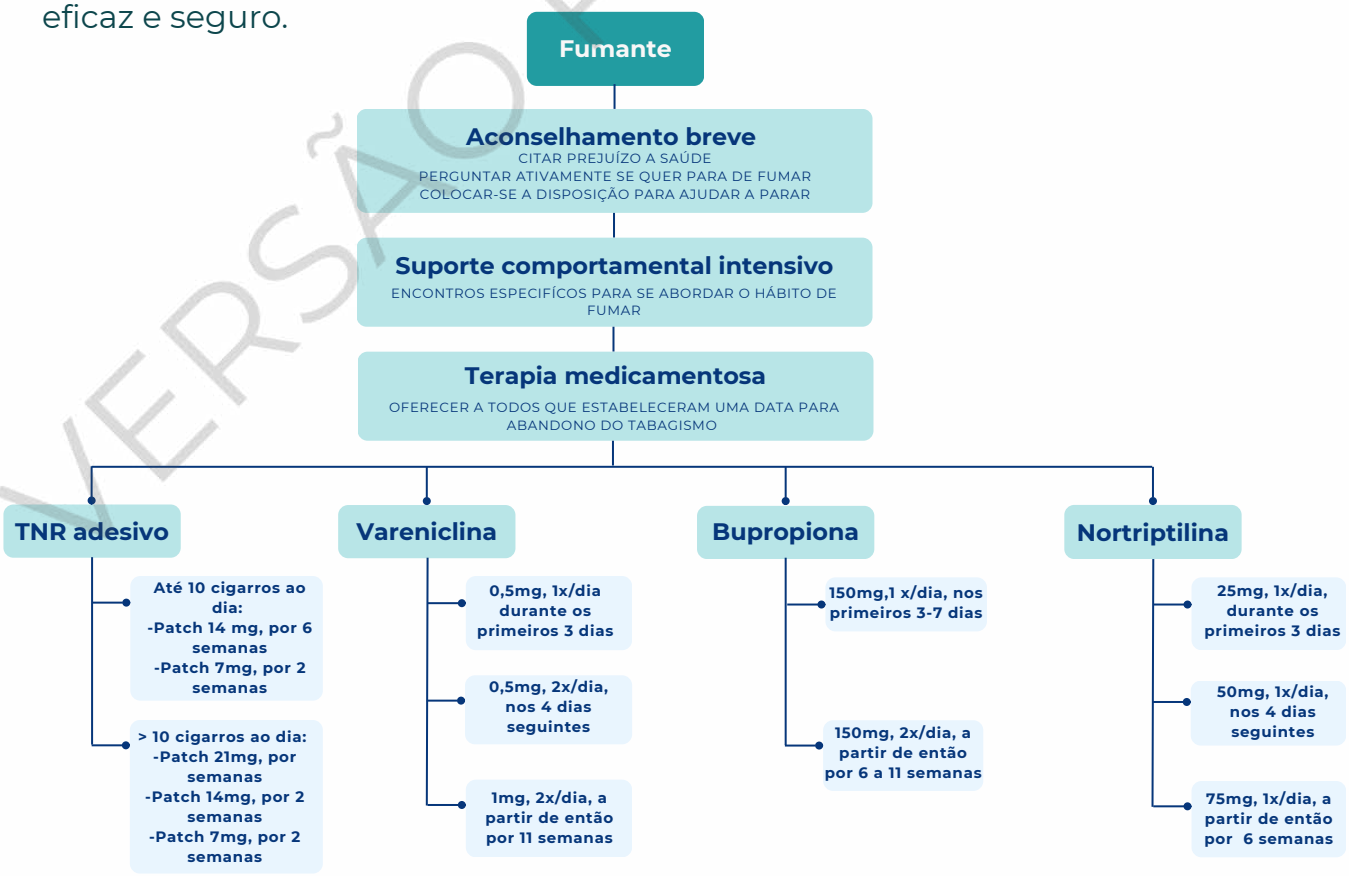


Figura 05: Fluxograma referente a abordagem utilizadas para o tratamento do tabagismo. Fonte: Adaptado de Avigo, D. et al., 2021.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

5.4 Referências Bibliográficas

1. Avigo, D., A. S. Oliveira, and J. B. R. Valadão Jr. Manual de Condutas em Atenção Primária à Saúde. Série Atenção Primária à Saúde do Hospital Sírio-Libanês, Ed. Atheneu, 2021.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, e Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Diário Oficial da União, 2020.

3. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

4. "Prevalência do Tabagismo." Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde, www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabagismo/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo.

5. West, Robert, Ann McNeill, and Martin Raw. "Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: An Update." Thorax, vol. 55, 2000, pp. 987-999.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

6.0 Manejo das condições de saúde mental mais frequentes

6.1 Como tratar sintomas predominantemente depressivos através da Saúde Digital?

A oferta de serviços de saúde digital voltada a saúde mental tem crescido rapidamente. Na APS, a telessaúde permite uma variedade de consultas, abordando diferentes condições de maneira eficaz. Pacientes em crise de ansiedade, com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) ou depressão podem receber atendimento acolhedor, com escuta ativa e suporte adequado. Esses pacientes, em geral, são elegíveis para teleconsulta e conseguem participar de forma efetiva no atendimento remoto.

Durante as teleconsultas, algumas técnicas de manejo podem ser utilizadas para ajudar pacientes com diagnóstico de ansiedade e transtorno de personalidade *borderline*. Dentre as técnicas utilizadas, encontramos a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT), que oferecem métodos bem estabelecidos para esse tipo de apoio.

O relaxamento muscular progressivo é uma técnica que pode ser praticada durante a teleconsulta quando o paciente está em crise de ansiedade. Nessa técnica, o paciente é orientado a contrair grupos musculares (como pés, panturrilhas, coxas, abdômen, mãos, braços ou rosto) enquanto inspira profundamente. Ao expirar, ele relaxa completamente esses músculos, o que ajuda a aliviar a crise. Outra técnica eficaz nesses casos é a respiração compassada, que envolve respirações abdominais profundas, com uma cadência de cinco a seis respirações por minuto. Um exemplo seria inspirar por 5 segundos e expirar por 7 segundos (com a expiração mais longa que a inspiração, para ativar o sistema parassimpático). Essa técnica pode ser combinada com o relaxamento muscular progressivo para resultados ainda melhores.

Em casos onde o paciente não possui doenças cardíacas, não faz uso de betabloqueadores e não tem contraindicações, outras técnicas para ativar rapidamente o sistema parassimpático e ajudar a lidar com o mal-estar podem ser utilizadas.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

TÉCNICA	DESCRIÇÃO	REPETIÇÃO/INTENSIDADE
Uso de água fria	Segurar a respiração por 20-30 segundos enquanto coloca o rosto em uma bacia de água fria ou usa compressa de água gelada/bolsa de água fria no rosto.	Pode repetir até 3 vezes, se necessário.
Atividade física	Realizar atividades aeróbicas de alta intensidade (correr, pedalar, polichinelo) ou exercícios de resistência.	Pelo menos 30 minutos, atingindo 50-85% da frequência cardíaca máxima.

Para lidar com sintomas mais leves, os exercícios de meditação e *mindfulness* podem ser muito eficazes. Esses exercícios incluem a varredura mental do corpo, que envolve focar a atenção em diferentes partes do corpo e observar sensações como tensão ou dor. Outra prática é a meditação em posição sentada, onde o paciente se concentra na respiração e explora em detalhes as sensações corporais e os pensamentos. O objetivo dessas técnicas é ajudar o paciente a observar o momento presente de forma consciente, promovendo maior autocontrole, autoconhecimento e bem-estar mental.

6.2 Como tratar sintomas predominantemente depressivos através da saúde digital?

No teleatendimento, é essencial que os profissionais de saúde adotem uma abordagem que valorize a percepção e a compreensão das emoções. Em um ambiente virtual, onde a comunicação não-verbal é limitada, ouvir de forma empática e reconhecer os sentimentos do paciente tornam-se ainda mais importantes. Esse processo inclui explorar e compreender as experiências emocionais do paciente e apoiá-lo na identificação e entendimento de suas emoções. Desenvolver estratégias conjuntas para enfrentar ou resolver a situação é crucial para o sucesso do teleatendimento. Neste contexto, McDaniel e colaboradores (2005) listam quais tópicos devem ser observados e abordados durante a teleconsulta:

- Perceber emoções durante o encontro (da pessoa atendida e suas próprias emoções).
- Ouvir de forma empática, legitimando e valorizando os sentimentos.

VERSÃO PRELIMINAR

- Explorar e compreender o que está passando na intimidade da pessoa.
- Apoiar a pessoa na nomeação e entendimento das emoções.
- Desenvolver em conjunto estratégias para resolução ou enfrentamento da situação.

Dentre os transtornos mentais mais comuns no Brasil encontramos a depressão. O termo depressão pode se referir a um conjunto de condições onde predominam os sintomas depressivos. Em relação a forma patológica, a depressão se caracteriza por um conjunto de sintomas persistentes e recorrentes, dentre eles: humor depressivo, alterações afetivas e comportamentais, distúrbios dos ritmos biológicos que podem manifestar de diferentes formas, desde o Transtorno Depressivo Maior (TDM), com sintomas graves e persistentes, até o Transtorno Depressivo Persistente (TDP) também conhecido como distimia, com um quadro menos intenso, mas de curso crônico com duração maior que 2 anos. Assim, o atendimento e acompanhamento de pacientes com esse diagnóstico exigem uma abordagem cuidadosa e empática, especialmente no contexto digital. Para promover o melhor tratamento possível, é importante adotar abordagens específicas. Entre elas, destacam-se:

- **Abordagem medicamentosa:** É fundamental que o tratamento medicamentoso seja cuidadosamente avaliado e ajustado de acordo com a gravidade dos sintomas, assegurando que os benefícios superem os potenciais malefícios e efeitos colaterais. Entre os principais medicamentos utilizados para o tratamento desses pacientes, estão:

INIBIDORES SELETIVOS DE RECEPTAÇÃO DA SEROTONINA	INIBIDORES DE TECAPTAÇÃO DE SEROTONINA-NORADRENALINA (IRNs)	ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	OUTROS MEDICAMENTOS
Fluoxetina Sertralina Escitalopram	Venlafaxina Duloxetina	Amitriptilina Clomipramina Nortriptilina Imiparmina	Mirtazapina Trazodona

VERSÃO PRELIMINAR

- **Não medicamentoso:** Uma abordagem não medicamentosa para o tratamento da depressão pode incluir a participação do paciente em grupos de apoio terapêutico e em terapias, tanto individuais quanto comunitárias, que oferecem suporte adicional e promovem a integração social e emocional. Além disso, é crucial observar os ciclos de vida da família e utilizar ferramentas de abordagem familiar, como o genograma e o ecomapa, pois auxilia o profissional a entender a dinâmica familiar e sua influência no estado emocional do paciente. É igualmente importante acionar Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e realizar entrevistas com a família para envolver todos no processo de tratamento.

6.3 Como tratar sintomas predominantemente ansiosos através da saúde digital?

A ansiedade é uma emoção natural que nem sempre indica um problema de saúde mental. Em algumas situações, a ansiedade pode ser benéfica, melhorando a rapidez de raciocínio e o desempenho físico em atividades intensas. No entanto, quando a ansiedade se torna excessiva ou persistente e começa a afetar negativamente o convívio social e as atividades diárias do indivíduo, é importante observá-la com atenção. Nesses casos, a ansiedade pode evoluir para transtornos significativos, como o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). É fundamental reconhecer que o TAG pode aparecer em conjunto com outros problemas de saúde mental, como a depressão e o abuso de substâncias. Compreender a diferença entre a ansiedade normal e a patológica é essencial para um diagnóstico e tratamento adequados. Portanto, a avaliação de sintomas ansiosos deve ser realizada de forma minuciosa, considerando os seguintes fatores:

- **Excluir causas físicas:** Identificar se há condições médicas que possam estar explicando os sintomas.
- **Investigar outros transtornos:** Determinar se a ansiedade é acompanhada por depressão ou outros transtornos mentais.
- **Avaliar impacto funcional e desejo de ajuda:** Verificar se o paciente está enfrentando dificuldades significativas nas atividades de vida diária (AVDs) ou se está buscando ajuda para aliviar os sintomas.

VERSÃO PRELIMINAR

- **Verificar exposição a estressores extremos:** Avaliar se o paciente passou por eventos traumáticos, como violência física ou sexual, grandes acidentes, luto ou outras perdas significativas.
- **Avaliar risco de comportamento autodestrutivo:** Identificar o risco de violência contra si mesmo ou de suicídio.

Após identificar e compreender os diversos fatores envolvidos, é possível considerar diferentes abordagens terapêuticas, incluindo a terapia medicamentosa. A terapia medicamentosa pode ser uma opção importante para tratar a ansiedade, especialmente quando os sintomas são graves e impactam significativamente a qualidade de vida do paciente. Os ansiolíticos são medicamentos utilizados especificamente para reduzir os sintomas de ansiedade e agem de forma rápida, proporcionando alívio em momentos de crise ou em transtornos de ansiedade severa. Os principais medicamentos utilizados para o tratamento da ansiedade incluem:

ANTIDEPRESSIVOS	BENZODIAZEPÍNICOS
Escitalopram	Diazepam
Sertralina	Clonazepam
Venlafaxina	
Clomipramina	

É essencial que a escolha do tratamento medicamentoso seja feita com base nas características individuais do paciente e nos resultados da avaliação inicial.

Além disso, técnicas não farmacológicas, como intervenções comportamentais e práticas de relaxamento, desempenham um papel crucial no manejo dos sintomas ansiosos. Dessa forma, garantir uma abordagem equilibrada, que considere o bem-estar global do paciente, é fundamental para alcançar melhores resultados no tratamento da ansiedade.

VERSÃO PRELIMINAR

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

6.4 Referências Bibliográficas

1. NCCIH. "Acupuncture: What You Need to Know." National Center for Complementary and Integrative Health, October 2022, www.nccih.nih.gov/health/acupuncture-what-you-need-to-know.

2. Ong, M. K., Pfeffer, M., and Mullur, R. S. "Telemedicine for Adults." UpToDate, www.uptodate.com/contents/telemedicine-for-adult.

3. Hayes-Skelton, S., and Roemer, L. "A Contemporary View of Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder." National Center for Biotechnology Information, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797858/.

4. "Relaxamento Muscular Progressivo." Instituto Federal da Paraíba, www.ifpb.edu.br/princesaisabel/institucional/naps/materiais-do-setor-de-saude/relaxamento-muscular-progressivo.pdf.

5. Linehan, Marsha M. Treinamento de Habilidades em DBT: Manual de Terapia Comportamental e Dialética para o Paciente. 2nd ed., Artmed, 2018.

6. NCCIH. "Meditation and Mindfulness: What You Need to Know." National Center for Complementary and Integrative Health, October 2022, www.nccih.nih.gov/health/meditation-and-mindfulness-what-you-need-to-know.

7. Vandenberghe, L., and Sousa, A. C. A. "Mindfulness nas Terapias Cognitivas e Comportamentais." Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, vol. 2, no. 1, Jun. 2006, pp. 35-44, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100004&lng=pt&nrm=iso.

8. Mesquita, T.O.M., and Furtado, T.M.G. “Anxiety Treatment Using Mindfulness Techniques: A Literature Review.” Herrero, www.herrero.com.br/files/revista/file1af9a584827d745aa7a4c571890c2cba.pdf.

9. Gale, C. "Transtorno de Ansiedade Generalizada." BMJ Best Practice, 2020. Disponível em: https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/120. Acesso em: 21 jun. 2021.

VERSÃO PRELIMINAR

10. Baldwin, D. "Generalized Anxiety Disorder in Adults: Epidemiology, Pathogenesis, Clinical Manifestations, Course, Assessment, and Diagnosis." UpToDate, 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis. Acesso em: 30 nov. 2020.

11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Training Manual for the mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings – Version 2.0 (for Field Testing). Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2017.

12. Moreno, D. H., Moreno, R. A., and Soeiro-de-Souza, M. G. "Transtorno Depressivo e Distimia." Clínica Psiquiátrica: As Grandes Síndromes Psiquiátricas, edited by E. C. Miguel et al., 2nd ed., ampl. e atual, Editora Manole, 2021.

13. Lucchese, R., et al. "Prevalência de Transtorno Mental Comum na Atenção Primária." Acta Paulista de Enfermagem, vol. 27, no. 3, 2014, pp. 200-207. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400035. Acesso em 07 Mar. 2021.

14. Gusso, G., Lopes, J. M. C., and Dias, L. C., editors. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. ARTMED, 2019.

15. Stein, M. B. "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)." UpToDate, 2021, https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-psychiatric-illness. Acesso em 21 jun. 2021.

16. McDaniel, S. H., Campbell, T. L., Hepworth, J., and Lorenz, A. Family-Oriented Primary Care. 2nd ed., Springer, 2005.

VERSÃO PRELIMINAR



Fmusp saúde digital

AgSUS
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS