

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



**RegulaSUS**

# Protocolos de Regulação Ambulatorial

Condições pós-COVID-19

---

Versão Digital

2022

<p><i>Supervisão geral:</i> Arita Bergmann</p> <p><i>Coordenação:</i> Roberto Nunes Umpierre Natan Katz</p> <p><i>Coordenação científica:</i> Marcelo Rodrigues Gonçalves</p> <p><i>Organização e Edição:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Elise Botteselle de Oliveira Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi Rudi Roman</p> <p><i>Autores:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Carlos Aita Carolina da Fonte Pithan Daissy Liliana Mora Cuervo Débora Sartori Giaretta Elise Botteselle de Oliveira Felipe Bauer Pinto da Costa Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi João Gabriel Flôres da Rocha Ligia Marroni Burigo Luíza Emília Bezerra de Medeiros Marcelo Ferreira Nogueira Rafaela Fernandes Barrêto Renata Rosa de Carvalho Willian Roberto Menegazzo</p>	<p><i>Colaboração:</i> Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS</p> <p><i>Normalização:</i> Geise Ribeiro da Silva</p> <p><i>Projeto gráfico, design e capa:</i> Débora Renata de Moura Ramos Gyziane Souza da Silva Lorena Bendati Bello Michelle Iashmine Mauhs</p> <p><i>Diagramação:</i> Lorena Bendati Bello</p>
--	--

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial – Condições Pós-COVID-19**: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 12 abr. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2022.  
Porto Alegre – RS.

## Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: CONDIÇÕES PÓS-COVID-19 .....	3
Protocolo 1 – Condições Cardiológicas .....	4
Protocolo 2 – Condições Pulmonares .....	4
Protocolo 3 – Condições Neurológicas .....	6
Protocolo 4 – Perda da Função Renal .....	7
Protocolo 5 – Distúrbios Tromboembólicos .....	8
Protocolo 6 – Condições de Saúde Mental .....	9
Protocolo 7 – Condições Gastrointestinais .....	11
Protocolo 8 – Condições Hematológicas .....	12
Protocolo 9 – Reabilitação .....	13
REFERÊNCIAS .....	14
APÊNDICES – QUADROS AUXILIARES .....	17

## Protocolos de Regulação Ambulatorial: Condições Pós-COVID-19

A maioria dos pacientes com COVID-19 se recupera totalmente, mas alguns permanecem com sequelas de longo prazo em vários sistemas do corpo, incluindo pulmonar, cardiovascular, sistema nervoso e problemas psicológicos. Essas manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes presentes após quatro semanas da infecção por SARS-CoV-2, e não atribuídas a outras causas, são denominadas “**condições pós-COVID-19**”. A prevalência e gravidade dos sintomas persistentes parecem ser maiores em pacientes com internação prolongada ou em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A avaliação e o manejo inicial de pessoas com condições pós-COVID-19 devem ser realizados na Atenção Primária à Saúde (APS), e a maioria dos pacientes se recupera por meio da abordagem integral e abrangente do caso, com ênfase no cuidado longitudinal. Entretanto, é essencial identificar os casos que necessitam de encaminhamento a serviço especializado, visando otimizar os recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde e potencializar a resolução de problemas mais complexos. Os critérios de encaminhamento descritos neste protocolo poderão ser atualizados conforme novas informações surgirem. Além disso, algumas condições que indicam encaminhamento e que já estão contempladas em outros protocolos de especialidades publicados não serão necessariamente repetidas aqui e podem ser consultadas nos protocolos específicos. Alguns municípios ou regiões desenvolveram ambulatorios multidisciplinares de reabilitação pós-COVID-19 que permitem atendimento integral e abrangente desses casos. A existência e disponibilidade desses locais, forma de acesso e protocolos específicos devem ser conferidos com a gestão local.

O protocolo de condições pós-COVID-19 será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014, como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para pacientes com condições pós-COVID-19. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do profissional assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

---

**Atenção:** oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso, os exames complementares recentes e a nota de alta hospitalar, se houve internação por COVID-19 ou suas consequências.

---

Elaborado em 12 de abril de 2022.

## Protocolo 1 – Condições Cardiológicas

---

As condições cardiológicas mais comuns em pacientes com condições pós-COVID-19 incluem: arritmias, palpitações, sequelas de dano miocárdico viral, pericardite, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Síndrome Coronariana Aguda, suspeita de pericardite ou miocardite, insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão ou edema agudo de pulmão, arritmias com alta resposta ventricular ou com sinais de hipoperfusão, síncope com alterações de risco no eletrocardiograma ([quadro 1](#)).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia Adulto:

- Síndrome Coronariana Aguda em contexto de infecção por COVID-19, em pacientes com sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado, ou com revascularização incompleta ou que não realizaram avaliação da função ventricular (com ventriculografia ou ecocardiograma), se estes exames não forem disponíveis na APS;
- pericardite, após avaliação na emergência, se sintomas persistentes após tratamento adequado com anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e colchicina por pelo menos 4 semanas, ou recorrência dos sintomas na retirada das medicações;
- novo diagnóstico de insuficiência cardíaca ou piora sintomática de insuficiência cardíaca pré-existente (por suspeita de sequela de miocardite relacionada à COVID-19);
- suspeita de miocardite (clínica ou por elevação de troponinas não explicada por outra causa), após avaliação em emergência, em pacientes que não realizaram ecocardiograma ou outro exame de imagem cardíaca<sup>1</sup>, quando estes exames não forem disponíveis na APS;
- suspeita de Síndrome da Taquicardia Postural Ortostática (STPO)<sup>2</sup> sem resposta ao tratamento clínico otimizado;
- fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (sintomática e com difícil controle da FC, início há menos de 1 ano, paciente com idade menor que 65 anos e ausência de dilatação significativa do átrio esquerdo<sup>3</sup>);
- flutter atrial;
- taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento;
- palpitação recorrente de origem indeterminada, após investigação inconclusiva na APS ([quadro 2](#)).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever o tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou com ortostatismo ou outros fatores desencadeantes e de alívio);
2. presença de comorbidades;
3. quando foi o quadro agudo de COVID-19, se necessitou de internação e presença de complicações durante seu curso;
4. medicações em uso e posologia;
5. anexar eletrocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
6. anexar laudo de outros exames cardiológicos, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
7. se palpitações, descrever também hemograma, TSH, eletrólitos e avaliação de causas psicogênicas;
8. anexar nota de alta hospitalar, se houver;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>Ressonância magnética cardíaca pode ser necessária em alguns casos.

<sup>2</sup>STPO: aumento sustentado de pelo menos 30 bpm da frequência cardíaca (40 bpm em menores de 20 anos) ou acima de 120 bpm após 10 minutos de ortostatismo na ausência de hipotensão ortostática, podendo estar associado a: desconforto torácico, náuseas, tonturas, palpitações, cefaleia, intolerância ao exercício, fadiga e astenia.

<sup>3</sup>Dilatação significativa do átrio esquerdo é definida como dimensão atrial > 6 cm ou índice do volume atrial > 48 mL/m<sup>2</sup>.

## Protocolo 2 – Condições Pulmonares

---

Condições pulmonares mais comuns em pacientes pós-COVID-19 incluem: fibrose pulmonar, Doença Intersticial Pulmonar, dispneia ou tosse persistente e hipertensão arterial pulmonar secundária a tromboembolismo pulmonar (TEP).

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de tromboembolismo pulmonar;
- estridor inspiratório agudo ou subagudo e dificuldade respiratória em pacientes com suspeita ou diagnóstico de estenose traqueal após intubação orotraqueal ou traqueostomia.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pneumologia:

- presença de opacidades em vidro fosco significativas (pós-inflamatórias), pneumonia organizante ou doença intersticial/fibrose em raio-X ou tomografia computadorizada (TC) de tórax de controle após 12 semanas do quadro agudo, em paciente com sintomas respiratórios persistentes;
- sintomas respiratórios persistentes após 12 semanas com alterações na espirometria ou no teste de dessaturação e indisponibilidade de complementar investigação (TC de tórax, angiotomografia de tórax e/ou ecocardiograma);
- necessidade de manter oxigenioterapia após 4 semanas da alta hospitalar, apesar do tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>;
- dispneia ou tosse persistente com investigação inconclusiva na APS e sem resposta ao tratamento clínico otimizado após 12 semanas do quadro agudo da COVID-19;
- paciente com história de TEP pós-COVID-19 que permanece com dispneia, cansaço, intolerância ao exercício, tontura e/ou síncope após 12 semanas do evento tromboembólico.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica:

- suspeita ou diagnóstico de estenose traqueal após intubação orotraqueal ou traqueostomia, se descartada situação de emergência;
- indicação de decanulação<sup>2</sup> em pacientes com traqueostomia, se não houver possibilidade de ser feita com a equipe que realizou o procedimento e se indisponibilidade de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) / Melhor em Casa.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever o tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros sintomas desencadeantes);
2. presença de comorbidades;
3. complicações durante o quadro agudo de COVID-19;
4. saturação de oxigênio atual;
5. medicações em uso e posologia;
6. anexar laudo de exames de imagem de tórax, preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data;
7. anexar laudo de espirometria, preferencialmente, ou descrever na íntegra seu resultado, com data (se realizada);
8. descrever se realizou exercícios respiratórios, se sim, por quanto tempo e a resposta;
9. anexar nota de alta hospitalar, se houver;
10. número da teleconsultoria, se caso discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>Tratamento clínico otimizado é definido como manejo das condições de base (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e/ou insuficiência cardíaca) e exercícios respiratórios.

<sup>2</sup>São candidatas à decanulação pacientes estáveis e independentes de ventilação mecânica que preencham **todos** os critérios: ausência de obstrução da via aérea superior; integridade da via aérea superior; tosse eficaz (capaz de eliminar as secreções da via aérea); e ausência de secreção volumosa ou espessa.

## Protocolo 3 – Condições Neurológicas

Condições neurológicas mais comuns em pacientes com condições pós-COVID-19 incluem: cefaleia, declínio cognitivo (incluindo alterações de memória, concentração, linguagem e funções executivas) e polineuropatias. A avaliação e manejo da cefaleia pós-COVID-19 não difere das demais cefaleias até o momento, desta forma, as indicações de encaminhamento seguem as já mencionadas no protocolo de neurologia adulto, que pode ser acessado [aqui](#).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Isquêmico Transitório agudo;
- suspeita de polineuropatia aguda (como Síndrome de Guillain-Barré).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- **declínio cognitivo**
  - declínio cognitivo que cause prejuízo funcional em paciente com história recente de COVID-19, após exclusão de delirium e outras causas reversíveis ([quadro 3](#)).
- **polineuropatia**
  - sintomas de polineuropatia após a infecção por COVID-19, depois de excluídas outras causas na APS ([quadro 4](#)) e com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado (tratamento de outras causas concomitantes e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina);
  - polineuropatia desmielinizante ou atípica ([quadro 5](#));

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (evolução dos sintomas no tempo, características dos sintomas neurológicos, tarefas que o paciente apresenta prejuízo, se aplicável, exame físico neurológico, entre outros);
2. descrever resultado da investigação na APS:
  - a. se declínio cognitivo: pontuação no mini exame do estado mental e escolaridade (anos concluídos de educação formal), presença de sintomas depressivos e tratamento, resultado de hemograma, Na, K, glicose, creatinina, ureia, TSH, vitamina B12, anti-HIV, FTA-Abs e VDRL (com data), anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
  - b. se polineuropatia: anexar laudo de eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado), resultado de hemograma, glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, vitamina B12, TSH, teste rápido ou sorologia para HIV (com data), presença de comorbidades e outros medicamentos em uso (sim ou não, e quais), tratamento em uso ou já realizado para polineuropatia (descreva medicamento e posologia);
3. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 4 – Perda da Função Renal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de lesão renal aguda.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- taxa de filtração glomerular (TFG) que permanece  $< 60\text{ml/min/1,73m}^2$  após 3 meses da lesão renal aguda no contexto da COVID-19;
- necessidade de manter diálise após a alta hospitalar;
- proteinúria<sup>1</sup> moderadamente ou gravemente aumentada ([quadro 6](#)) e persistente após 3 meses do quadro de COVID-19, confirmada em 2 exames de urina com intervalo de 2 a 4 semanas entre eles;
- hematúria de origem glomerular ([quadro 7](#)) persistente após 3 meses do quadro de COVID-19, confirmada em 2 exames de urina com intervalo de 6 semanas entre eles.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exame de creatinina sérica, com data (resultados da creatinina sérica com no mínimo três meses de intervalo entre eles);
2. complicações durante o quadro de COVID-19, necessidade de internação e/ou diálise;
3. resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
4. resultado de exame comum de urina (EQU/EAS/Urina Tipo 1), com data;
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>Para pacientes com DM1 ou DM2 com diagnóstico há mais de 5 anos, HAS complicada e/ou Doença Renal Crônica com TFG  $< 60\text{mL/min/1,73m}^2$ , encaminhar apenas se relação albuminúria/creatininúria  $\geq 300\text{mg/g}$  (ou equivalente - ver [quadro 6](#)) - confirmada em outro exame com intervalo de 2 a 4 semanas entre eles - após 6 meses de tratamento clínico otimizado com IECA/BRA e de controle da DM e HAS.



## Protocolo 5 – Distúrbios Tromboembólicos

---

Distúrbios tromboembólicos incluem Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT), AVC hemorrágico, sequelas de tromboembolismo venoso ou tromboembolismo pulmonar.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar;
- suspeita de AVC isquêmico ou AIT.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Vascular:

- 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;
- 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 (agenda de neurocirurgia também pode ser utilizada).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pneumologia:

- paciente com história de TEP pela COVID-19 que permanece com dispneia, cansaço, intolerância ao exercício, tontura e/ou síncope após 12 semanas do evento tromboembólico.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- AVC hemorrágico sem outra etiologia definida, além da COVID-19;
- AVC isquêmico ou AIT em paciente com menos de 45 anos;
- AVC isquêmico ou AIT com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma);
- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas, incluindo tempo de evolução;
2. comorbidades;
3. gravidade do quadro agudo da COVID-19, complicações e necessidade de internação;
4. tratamento realizado e por quanto tempo;
5. resultado dos exames com data, se realizados;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 6 – Condições de Saúde Mental

---

As principais condições de saúde mental pós-COVID-19 incluem ansiedade, depressão, distúrbios do sono e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- risco agudo de suicídio;
- risco agudo de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte social e familiar capaz de conter o risco);
- risco agudo de exposição moral (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);
- sintomas psicóticos agudizados;
- Síndrome de Abstinência a Substâncias Psicoativas avaliada pelo clínico como moderada a grave.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- **depressão:**
  - casos refratários: ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas farmacológicas eficazes por pelo menos oito semanas cada; ou
  - episódio depressivo associado a sintomas psicóticos; ou
  - episódio depressivo em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica); ou
  - paciente com ideação suicida persistente após manejo inicial na APS (ausência de melhora 12 semanas após início de manejo).
- **ansiedade:**
  - caso refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (não farmacológicas e/ou farmacológicas) em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas cada; ou
  - caso associado a transtorno grave por uso de substância psicoativa; ou
  - transtorno de ansiedade e ideação suicida persistente após manejo inicial na APS (ausência de melhora 12 semanas após início do manejo);
- **TEPT:**
  - TEPT relacionado a episódio de COVID-19 recente ou perda recente de familiar próximo (até 6 meses antes da data do encaminhamento) e:
    - ausência de resposta ou resposta parcial a uma estratégia terapêutica efetiva (psicoterapia e/ou psicofármacos) por pelo menos 4 semanas; ou
    - ideação suicida persistente.
  - TEPT relacionado a episódio de COVID-19 ou perda de familiar próximo há mais de 6 meses da data do encaminhamento:
    - ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (psicoterapia e/ou psicofármacos) por pelo menos 8 semanas cada; ou
    - ideação suicida persistente.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico);
2. gravidade do quadro pessoal ou familiar de COVID-19 e relação com sintomas atuais;
3. hipótese diagnóstica (depressão, pânico, agorafobia, ansiedade social, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, fobia específica, TEPT ou outro transtorno de ansiedade);
4. presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva;

5. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva;
6. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
7. histórico psiquiátrico:
  - a. número de episódios depressivos e idade de início;
  - b. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? (sim ou não) Se sim, descreva;
  - c. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação.
8. tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 7 – Condições Gastrointestinais

---

A diarreia crônica é o principal sintoma gastrointestinal persistente relatado pós-COVID-19. Além disso, há relatos de colangite pós-COVID-19.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na APS ([quadro 8](#));
- colangite pós-COVID-19 com piora progressiva de enzimas hepáticas e bilirrubinas.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. se diarreia: quando foi o quadro agudo de COVID-19 e quando iniciou a diarreia, quais as medicações utilizadas durante o quadro agudo da COVID-19, tratamentos prévios e atuais para os sintomas, resultado de exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma e anti-HIV (ou teste rápido para HIV), com data;
3. se suspeita de colangite: resultados de fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas e sua evolução, testes rápidos para hepatite B e C, FAN, antimitocôndria e exames de imagem, se disponíveis;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 8 – Condições Hematológicas

---

Púrpura trombocitopênica imune tem sido relatada em casos pós-COVID-19.

---

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência (preferencialmente com hematologista):**

- trombocitopenia ( $< 20.000$  plaquetas/ $\text{mm}^3$ ) e manifestação hemorrágica;
- valor de plaquetas inferior a  $10 \text{ mil}/\text{mm}^3$  independente de sintomas/manifestações hemorrágicas.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:**

- trombocitopenia persistente após exclusão de pseudoplaquetopenia e outras causas secundárias na APS ([quadro 9](#)).

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas (descrever manifestações hemorrágicas atuais e prévias, exame físico abdominal, linfonodomegalia, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes no exame físico);
2. comorbidades e medicamentos em uso atual ou recente;
3. quando foi o quadro agudo de COVID-19;
4. resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com trombocitopenia isolada persistente sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames), com data;
5. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade: testes rápidos para HCV, HBV e HIV (ou anti-HCV, HbsAg, anti-HIV), TGO/TGP, albumina, GGT, TP/KTTP, FAN, vitamina B12;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 9 – Reabilitação

---

Alguns municípios ou regiões desenvolveram ambulatórios multidisciplinares de reabilitação pós-COVID-19 que permitem atendimento integral e abrangente desses casos. A existência e disponibilidade desses locais, forma de acesso e protocolos específicos devem ser conferidos com a gestão local.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação/Fisioterapia Respiratória:

- pacientes que apresentaram comprometimento pulmonar grave, fibrose pulmonar ou ventilação mecânica prolongada, imediatamente após a alta;
- pacientes com quadros leves a moderados de COVID-19 que permanecem com dispneia após 3 meses do quadro inicial, sem resposta aos exercícios respiratórios realizados no domicílio e após descartadas complicações.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física/Fisioterapia Motora/Fonoaudiologia/Terapia Ocupacional/Nutricionista:

- conforme o déficit apresentado, especialmente em pacientes que necessitaram de internação prolongada ou em unidade de terapia intensiva (UTI).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Auditiva:

- perda auditiva neurossensorial pós-COVID-19, identificada por audiometria.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. comorbidades;
3. gravidade do quadro agudo da COVID-19, complicações e necessidade de internação em UTI;
4. tratamento não farmacológico e farmacológico já realizado, por quanto tempo e qual a resposta;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Referências

- ABRAMS, C. S. Thrombocytopenia. In: GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. (ed.). **Goldman's Cecil Medicine**. 26. ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2019. Cap. 172.
- ARNOLD, D. M; CUKER, A. **Approach to the adult with unexplained thrombocytopenia**. Waltham (MA): UpToDate, 19 July 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-thrombocytopenia>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- BRITISH THORACIC SOCIETY. **British Thoracic Society guidance on respiratory follow up of patients with a clinico-radiological diagnosis of COVID-19 pneumonia**. atual. London, 11 May 2020. versão 1.2. 15 f. Disponível em: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/quality-improvement/covid-19/resp-follow-up-guidance-post-covid-pneumonia/>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- CALLAGHAN, B. C.; PRICE, R. S.; FELDMAN, E. L. Distal symmetric polyneuropathy: a review. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 314, n. 20, p. 2172-2181, 2015. DOI: 10.1001/jama.2015.13611.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Healthcare Workers. **Patient history and physical exam**. Georgia, 14 June 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-workup.html>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- CHESHIRE, W. P. Postural tachycardia syndrome. Waltham (MA): UpToDate, 12 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/postural-tachycardia-syndrome>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- DOOLEY, J. S. *et al.* **Sherlock's diseases of the liver and biliary system**. 12. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.
- DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- DYNAMED. **Record nº T114891, Chronic diarrhea**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114891>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- EUROPEAN SOCIETY FOR CARDIOLOGY. **ESC Guidance for the diagnosis and management of CV disease during the COVID-19 pandemic**. Sophia Antipolis, 10 June 2020. 119 f. Disponível em: <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Education-General/Topic%20pages/Covid-19/ESC%20Guidance%20Document/ESC-Guidance-COVID-19-Pandemic.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- GALIÉ, N. *et al.* 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: the joint task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung. **European Heart Journal**, Oxford, v. 37, n. 1, p. 67-119, Jan. 2016. Doi 10.1093/eurheartj/ehv317.
- GEORGE, P. M. *et al.* Respiratory follow-up of patients with COVID-19 pneumonia. **Thorax**, London, v. 75, p. 1009-1016, 24 Aug. 2020. Doi 10.1136/thoraxjnl-2020-215314.
- GROSSMAN, G. B. *et al.* Posicionamento do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular (DERC/SBC) sobre a atuação médica em suas áreas durante a pandemia por COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 2, p. 284-291, Ago. 2020. Doi 10.36660/abc.20200797.
- KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD-MBD WORK GROUP. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements**. Malden, MA, v. 3, n. 1, p. 1-163, 2013. Disponível em: [https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf). Acesso em: 29 dez. 2021.

KRAYCHETE, D. C.; SAKATA, R. K. Neuropatias periféricas dolorosas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 5, out. 2011. Doi. 10.1590/S0034-70942011000500014.

MIKKELSEN, M. E.; ABRAMOFF, B. **COVID-19**: evaluation and management of adults following acute viral illness. Waltham (MA): UpToDate, 21 Dec. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-evaluation-and-management-of-persistent-symptoms-in-adults-following-acute-viral-illness>. Acesso em: 29 dez. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **COVID-19 rapid guideline**: managing the long-term effects of COVID-19 (NG188): evidence reviews 6 and 7: monitoring and referral. London, Dec. 2020. (NICE Guideline, n. 188). 26 f. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567265/>. Acesso em: 29 dez. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Epilepsies in adults. **NICE Quality Standard 26**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, Feb. 2013. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs26>. Acesso em: 29 dez. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Transient loss of consciousness ('blackouts') management in in over 16s. **NICE Clinical Guideline 109**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, Aug. 2010. [atual. set. 2014]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg109>. Acesso em: 30 dez. 2021.

PERAZELLA, M. A.; O'LEARY, M. P. **Etiology and evaluation of hematuria in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 9 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hematuria-in-adults>. Acesso em: 29 dez. 2021.

RAJAN, S. *et al.* **In the wake of the pandemic**: preparing for long COVID: policy brief 39. Geneva: WHO, 2021. (Health Systems and Policy Analysis). 30 f. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.

RIVERA-LEBRON, B. *et al.* Diagnosis, treatment and follow up of acute pulmonar embolism: consensus practice from the PERT Consortium. **Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis**, Thousand Oaks, CA, v. 25, p. 1-16, Jan./Dec. 2019. Doi 10.1177/1076029619853037.

RUTKOVE, S. B. **Overview of polyneuropathy**. Waltham (MA): UpToDate, 14 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-polyneuropathy>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Posicionamento sobre avaliação pré-participação cardiológica após a COVID-19**. São Paulo, 20 out. 2020. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br/post/posicionamento-sobre-avaliacao-pre-participacao-cardiologica-apos-a-covid-19>. Acesso em: 29 dez. 2021.

TOWARD OPTIMIZED PRACTICE (TOP), HEADACHE WORKING GROUP. **Primary care management of headache in adults**: clinical practice guideline. 2. ed. Edmonton AB: TOP, Sep. 2016. Disponível em: <https://act.albertadoctors.org/CPGs/Pages/Headache.aspx>. Acesso em: 29 dez. 2021.

UMASHANKAR, A; PRAKASH, P.; PRABHU P. Sudden Sensorineural Hearing Loss Post Coronavirus Disease: A Systematic Review of Case Reports. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, jul. 2021. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8271291/pdf/12070\\_2021\\_Article\\_2756.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8271291/pdf/12070_2021_Article_2756.pdf). Acesso em: 07 abr. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto**. rev. e atual. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 6 maio 2020. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/ptrs\\_neurologia.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neurologia.pdf). Acesso em: 29 dez. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em



Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: ansiedade: versão digital 2017. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em:  
[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas\\_Ansiedade\\_20170331.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf). Acesso em: 29 dez. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: depressão: versão digital 2017. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em:  
[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas\\_Depressao\\_20170428.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Depressao_20170428.pdf). Acesso em: 29 dez. 2021.

ZIMETBAUM, P. J. **Evaluation of palpitations in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 23 Sep. 2021. Disponível em:  
<https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-palpitations-in-adults>. Acesso em: 29 dez. 2021.

## Apêndices – quadros auxiliares

**Quadro 1** – Alterações eletrocardiográficas associadas com episódio de síncope que sugerem avaliação em serviço de emergência.

Taquicardia ventricular.
Taquicardia supraventricular paroxística rápida.
Taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/Intervalos de QT curto e longo.
Disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável.
Bradycardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 45 bpm.
Síndrome de Brugada.
BAV 2º grau Mobitz II ou BAV 3º grau.
Bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas significantes maiores que 3 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de National Institute for Health and Clinical Excellence (2014).

**Quadro 2** – Avaliação de palpitações na APS.

Anamnese: frequência das palpitações e fatores desencadeantes, avaliação de causas psicogênicas e ingestão de substâncias estimulantes.
Exame físico: ausculta cardíaca. Além disso, pressão arterial e frequência cardíaca em decúbito e após 3, 5 ou 10 minutos de ortostatismo.
Exames complementares: hemograma, TSH, eletrólitos e eletrocardiograma.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Zimetbaum (2021).

**Quadro 3** – Avaliação de declínio cognitivo.

<p>Anamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• forma de início dos sintomas (súbito, agudo, insidioso) e sua evolução (rapidamente progressivo, lentamente progressivo, flutuante, em degraus, em melhora).</li> <li>• verificar prejuízo funcional (atividades de vida diária que o paciente tenha deixado de fazer por causa do problema cognitivo);</li> <li>• fatores de risco cardiovasculares;</li> <li>• história de abuso de álcool ou drogas;</li> <li>• medicamentos em uso com potencial indução de declínio cognitivo (benzodiazepínicos, anticolinérgicos) ou de delirium (benzodiazepínicos, neurolépticos);</li> <li>• avaliação de sintomas sugestivos de infecção (pulmonar, urinária ou intestinal) causando delirium.</li> </ul>
Exame neurológico e Mini Exame do Estado Mental.
Exames complementares: hemograma, Na, K, glicose, ureia, creatinina, TSH, B12, anti-HIV, VDRL e FTA-Abs. Exame de imagem (TC ou RM de crânio).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

**Quadro 4 – Avaliação de polineuropatia.****Quadro clínico**

Varia conforme as fibras acometidas, podendo ter sintomas sensitivos, motores, autonômicos ou mistos:

- Sintomas sensitivos: hipoestesia, parestesia, disestesia, ataxia sensitiva, entre outros.
- Sintomas motores: fraqueza, atrofia e hipotonia muscular, hipo ou arreflexia, fasciculações, entre outros.
- Sintomas autonômicos: anidrose, hipotensão ortostática, arritmias, hipossecreção salivar ou lacrimal, entre outros.

**Causas**

- PNP por condições clínicas gerais (mais comum): diabetes mellitus, uso abusivo de álcool, hipotireoidismo, doença hepática crônica, doença renal crônica (estágios graves ou dialíticos), neoplasias (como leucemias, linfomas, metástase de tumores sólidos), paraproteinemias (presença de proteínas monoclonais), lúpus, artrite reumatoide.
- PNP inflamatória ou infecciosas: Síndrome de Guillain-Barré (emergência médica), neuropatia motora multifocal (sintomas motores como punho caído unilateral seguido por pé caído), PNP associada ao HIV ou hanseníase.
- PNP metabólicas ou tóxicas: deficiências nutricionais (tiamina, vitamina B12), tóxica (álcool, chumbo, mercúrio, arsênio, solventes), medicamentos (quimioterápicos, colchicina, amiodarona, nitrofurantoína, isoniazida).
- PNP hereditárias: Charcot-Marie-Tooth (perda de força distal, arreflexias, perda de sensibilidade).

**Avaliação laboratorial**

Pacientes que apresentam polineuropatia leve por provável condição tratável na APS (como diabetes, alcoolismo, uso de medicamentos, hipotireoidismo, entre outros) não necessitam avaliação extensa laboratorial no início do quadro, devendo-se tratar a causa base da PNP. Porém sugere-se investigação precoce com eletroneuromiografia se paciente apresenta comorbidades de maior potencial de gravidade (como HIV, lúpus, artrite reumatoide) ou se o paciente apresenta sintomas graves, progressivos, atípicos. Nesses casos, o padrão eletroneuromiográfico (desmielinizante versus axonal) irá nortear a sequência de investigação.

Em localidades onde o estudo eletroneuromiográfico não pode ser realizado, sugere-se a seguinte investigação mínima, se disponível:

- glicose;
- vitamina B12;
- TSH;
- eletroforese de proteínas;
- VSG;
- hemograma;
- painel metabólico (creatinina, sódio, potássio, cálcio, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina);
- Teste rápido ou sorologia para HIV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Rutkove (2020).

**Quadro 5 – Características atípicas de polineuropatia que sugerem investigação com neurologista.**

- sintomas graves ou rapidamente progressivos;
- sintomas assimétricos ou não comprimento dependente<sup>1</sup>;
- sintomas predominantemente motores;
- sintomas com início agudo;
- domínio de manifestações clínicas autonômicas;
- causa etiológica não definida.

<sup>1</sup>As neuropatias dependentes do comprimento se manifestam inicialmente nos pés e são simétricas. As não dependentes do comprimento podem ser focais ou multifocais e, em geral, estão associadas a doenças infecciosas ou imunológicas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Callaghan, Price e Feldman (2015) e Rutkove (2020).

**Quadro 6 – Valores de referência para albuminúria e proteinúria e relação entre suas categorias.**

Exame	Normal ou levemente aumentada	Moderadamente aumentada	Gravemente aumentada
Albuminúria 24 horas	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação albuminúria/creatininúria	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g
Proteinúria 24 horas	< 150 mg	150 a 500 mg	> 500 mg
Relação proteinúria/creatininúria	< 150 mg/g	150 a 500 mg/g	> 500 mg/g

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de KDIGO (2013).

**Quadro 7 – Achados sugestivos de hematuria por doença glomerular.**

- hemácias dismórficas positiva (especialmente se descrito presença de acantócitos);
- presença de acantócitos no exame de urina;
- proteinúria;
- cilindros hemáticos;
- insuficiência renal (elevação de creatinina e/ou ureia);
- história familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal.

Fonte: Perazella e O'Leary (2021).

**Quadro 8 – Avaliação de diarreia crônica.**

<p><b>Avaliação inicial:</b> anamnese e exame físico; hemograma, glicemia, TSH, anti-HIV, EPF, coprocultura, leucócitos fecais, pesquisa de sangue oculto e pesquisa de toxinas A e B para <i>Clostridium difficile</i> (se suspeita)*.</p>
<p><b>Tratamentos empíricos:</b> teste de restrição de lactose e derivados, tratar parasitoses.</p>
<p><b>Características clínicas das principais causas de diarreia crônica:</b></p>
<p><b>Parasitoses/infecções:</b> variáveis conforme o parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento, alternância com constipação.</p>
<p><b>Intolerância à lactose:</b> dor abdominal, flatulência, náusea e diarreia após ingestão de alimentos que contenham lactose. O diagnóstico pode ser feito clinicamente, pela melhora clínica após exclusão de produtos contendo lactose por 3 semanas e subsequente retorno dos sintomas após reintrodução desses alimentos. O teste de absorção da lactose pode auxiliar e corroborar o diagnóstico.</p>
<p><b>Doença Inflamatória Intestinal:</b> emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VSG ou proteína C reativa).</p>
<p><b>Síndrome do Intestino Irritável:</b> dor abdominal recorrente, associada às evacuações e a uma mudança na frequência ou consistência das evacuações, sem sinais de alarme, exames usualmente normais (geralmente é desnecessária investigação ampla).</p>
<p><b>Síndrome de Má Absorção:</b> emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (p. ex: ferro, vitamina D, vitamina B12). Má absorção à lactose ou outros alimentos podem ocorrer após quadros infecciosos.</p>

\*Ocorrência maior ou igual que 3 fezes moles em 24 horas sem nenhuma explicação óbvia, podendo ocorrer também dor abdominal inferior e cólicas, febre baixa, náuseas e anorexia, principalmente se associado a uso recente de antibióticos, hospitalização e idade avançada.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Dynamed (2018), Duncan *et al.* (2013), Dooley *et al.* (2011).

**Quadro 9** – Avaliação de plaquetopenia na APS.

<b>Causas</b>	<b>Investigação</b>
Infecções (como rubéola, varicela, parvovirus, Epstein-barr, citomegalovírus, leptospirose, Hepatite C, HIV e tuberculose)	Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Na ausência de suspeita clínica específica solicitar anti-HCV e anti-HIV.
Doença hepática crônica	Avaliar história de consumo abusivo de álcool e manifestações clínicas de doença hepática crônica ou hepatoesplenomegalia. Complementar investigação com: Anti-HCV, HbsAg, TGO/ TGP, albumina, GGT, TP/ KTTTP e ecografia abdominal.
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide)	Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide)
Deficiência de nutrientes	Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12.
Medicamentos	Investigar uso de medicamentos como: antibióticos betalactâmicos (penicilina, cefalosporinas), sulfametoxazol-trimetoprima, carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico, haloperidol, heparina, ibuprofeno, entre outros.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Arnold e Cuker (2019) e Abrams (2016).

Secretaria Estadual da Saúde-RS  
[www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)

---

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS  
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



**0800 644 6543**