

Perguntas da Semana

TelessaúdeRS

2º trimestre

2022

Apoio:

Publicadores

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
TelessaúdeRS-UFRGS

Organizadores

Elise Botteselle de Oliveira
Renata Rosa de Carvalho
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Ana Cláudia Magnus Martins
Rudi Roman
Juliana Nunes Pfeil
Rodolfo Souza da Silva
Natan Katz
Roberto Nunes Umpierre

Perguntas da Semana

2º trimestre

Porto Alegre
UFRGS
2024



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo desde que citada a fonte.

A coleção das Perguntas da Semana pode ser acessada na íntegra na homepage do projeto TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: verifique se há edições atualizadas deste material na página:

<https://www.ufrgs.br/telessaunders/materiais-perguntas/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS-UFRGS – Sede Barbara Starfield

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar. Bairro Rio Branco

CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3308.2092

Site: telessaunders.ufrgs.br

E-mail: contato@telessaunders.ufrgs.br

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

U58 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS
Perguntas da Semana: 2º trimestre [recurso eletrônico] / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS. – Porto Alegre: UFRGS, 2024.

66 p.

1. Perguntas da semana 2. 2º trimestre 3. Atenção primária à saúde 4. Telemedicina I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. TelessaúdeRS-UFRGS.

NML

Catalogação na fonte – Letícia Pereira de Souza (CRB10/2768)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Reitor: Prof. Carlos André Bulhões

Vice-Reitora: Profa. Patrícia Helena Lucas Pranke

Faculdade de Medicina

Diretora: Profa. Lúcia Maria Kliemann

Departamento de Medicina Social

Chefe: Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Coordenador: Prof. Rodrigo Citton Padilha dos Reis

TelessaúdeRS-UFRGS

Coordenador Geral: Roberto Nunes Umpierre

Vice-Coordenador Geral: Natan Katz

Coordenador Executivo: Rodolfo Souza da Silva

Coordenador Técnico-Científico: Marcelo Rodrigues Gonçalves

Coordenador Técnico-Científico substituto: Dimitris Rucks Varvaki Rados

<p>Organização Elise Botteselle de Oliveira¹ Renata Rosa de Carvalho¹ Luíza Emília Bezerra de Medeiros¹ Ana Cláudia Magnus Martins¹ Rudi Roman¹ Juliana Nunes Pfeil¹ Rodolfo Souza da Silva¹ Natan Katz^{1,2} Roberto Nunes Umpierre^{1,2}</p> <p>Autoria: Alexandre Wahl Hennigen¹ Ana Flor Hexel Cornely¹ Dimitris Rucks Varvaki Rados¹ Elise Botteselle de Oliveira¹ Ellen Machado Arlindo¹ Giovana Fagundes Piccoli¹ Ingrid da Silva Santos¹ Juliana Nunes Pfeil¹ Kenselyn Oppermann¹ Laureen Engel¹ Luíza Emília Bezerra Medeiros¹ Michelle Roxo Gonçalves¹ Rafaela Bernardes Barreto¹ Renata Rosa de Carvalho¹ Sofia Dalpian Kuhn¹ Talita Colombo¹</p>	<p>Revisão técnica: Elise Botteselle de Oliveira¹ Renata Rosa de Carvalho¹ Luiza Emília Bezerra de Medeiros¹ Ana Claudia Magnus Martins¹</p> <p>Revisão textual e Normalização: Bruna Rodrigues da Silva¹ Letícia Pereira de Souza¹</p> <p>Design: Renan dos Santos Ferreira¹ Thaís Gama Barbosa¹</p> <p>Diagramação: Laura Paiva Etchichury¹ Laura Willke de Moraes¹</p>
--	---

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS-UFRGS.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. Perguntas da Semana: 2º trimestre. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 11 set. 2024. Disponível em: . Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

Sumário

Como manejar hiperglicemia aguda na APS?	6
O que é amenorreia secundária e como realizar investigação na APS?	12
Quando suspeitar de dengue e como realizar a investigação diagnóstica?	17
Há indicação de anticoagular pacientes com trombose venosa crônica?	22
Quando indicar tratamento da varicela?.....	28
Quais as orientações para realização de procedimentos odontológicos em gestantes?	33
Como fazer o rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis?	38
Deve-se realizar antibioticoterapia profilática em mordeduras por animais?	44
Qual o tratamento de náuseas e vômitos na gestação?	48
Quais são as causas e como tratar a estomatite aftosa recorrente (aftas)?	55
Mpox: o que é e quando notificar?	60

Abril de 2022

Como manejar hiperglicemia aguda na APS?

Autoria

Dimitris Rucks Varvaki Rados
Juliana Nunes Pfeil

Revisão Técnica

André Borsatto Zanella
Elise Botteselle de Oliveira

O manejo do paciente com hiperglicemia aguda inicia pela definição se o paciente apresenta emergência hiperglicêmica, doença intercorrente causando hiperglicemia ou descompensação crônica do diabetes, conforme o quadro 1 [1,2,3,4,5,6,7,8]. A conduta em cada situação clínica é resumida no fluxograma 1.

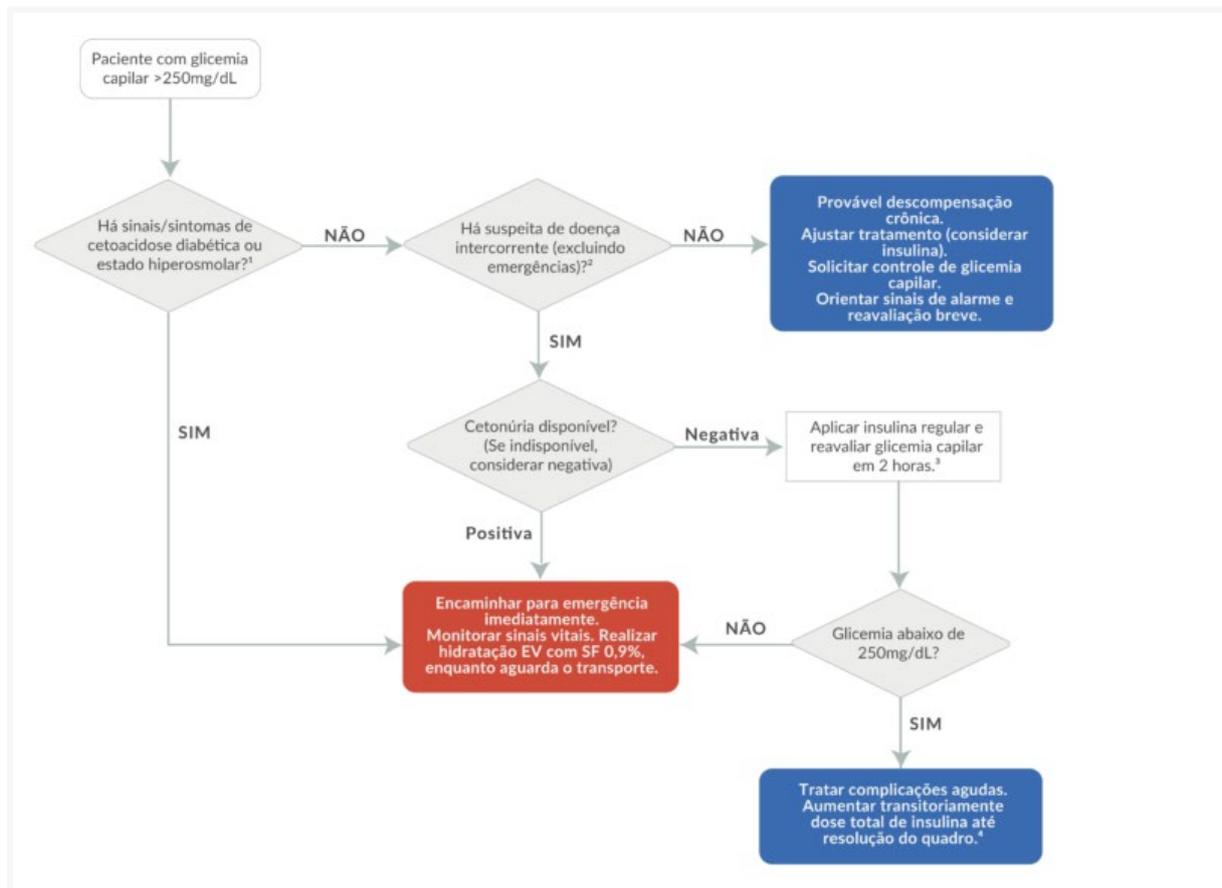
Quadro 1 – Diagnóstico diferencial das condições que cursam com hiperglicemia

	Emergências hiperglicêmicas*	Hiperglicemia aguda por doença intercorrente	Descompensação crônica
Quadro clínico	Desidratação grave, acompanhada de poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal. Hálito cetônico também pode estar presente.	A doença de base domina o quadro e não há manifestações de emergência hiperglicêmica. A hiperglicemia é apenas uma das manifestações clínicas do quadro.	Sem sintomas de hiperglicemia aguda e desidratação ou de outras doenças. Histórico de dificuldade de controle da glicemia.
Diagnóstico	Glicemia sérica (capilar não é suficiente), gasometria e dosagem sérica de cetonas.	Deve-se diferenciar pacientes com intercorrência leve (infecções leves a moderadas sem acometimento sistêmico) de quadros graves que devem ser encaminhados para emergência como IAM, AVC, TEP e sepse.	Exame clínico e revisão do histórico. Descartar demais eventos agudos.
Manejo	Manejo hospitalar ou pronto atendimento, com infusão de insulina contínua e monitorização frequente.	A depender da condição de base. Pacientes estáveis, jovens, sem comprometimento sistêmico e com possibilidade de procurar atendimento se piora podem ser manejados ambulatorialmente com insulina (início ou aumento transitório da dose) para evitar que o quadro progrida para uma emergência hiperglicêmica.	Ajuste do tratamento do diabetes ambulatorialmente e revisão com brevidade na unidade de saúde.

IAM: infarto agudo do miocárdio; AVC: acidente vascular cerebral; TEP: tromboembolismo pulmonar.

*Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar não cetótico. Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Hirsch e Emmett (2020), Ministério da Saúde (2013), Dynamed (2018, 2018, 2018), American Diabetes Association (2021) e Garber et al. (2020) [1,2,3,4,5,6,7]

Fluxograma 1 – Manejo da hiperglicemia na APS



¹HGT > 250 e manifestações clínicas: desidratação, polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas, vômitos, dor abdominal, hiperventilação, sintomas neurológicos [1,2,3].

²Usualmente, infecções passíveis de tratamento ambulatorial. Atentar para diagnósticos graves como eventos cardiovasculares agudos e sepse, que necessitam de avaliação hospitalar imediata [1,4,9,10].

³Em pacientes já usuários de insulina, aplicar 10 a 20% da dose total de insulina diária em insulina regular. Em pacientes não usuários de insulina, aplicar de 4 a 8 UI de insulina regular [4,8].

⁴Ajuste de insulina de forma transitória em casos de descompensação por outra patologia (ex: infecção): aumentar a dose total do dia em 10 a 15%. Pacientes não usuários de insulina com hiperglicemia aguda e desproporcional ao controle glicêmico prévio, deve-se considerar uso temporário de insulina (3 a 7 dias, tipicamente durante o período de estabilização da doença intercorrente) ou o aumento dos antidiabéticos orais. Após resolução do quadro, retornar à dose habitual [4,8].

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de RACGP e ACS (2018) [10].

[Clique aqui para fazer download do fluxograma](#)

São emergências hiperglicêmicas:

- Estado hiperglicêmico hiperosmolar: caracteriza-se por hiperglicemia marcada (acima de 600mg/dL [2]) que culmina em desidratação com aumento da osmolaridade e ausência de cetoacidose (há secreção endógena de insulina residual). É mais comum em pacientes com diabetes tipo 2, na presença de sepse aguda (infecção urinária, infecção pulmonar), evento cardiovascular (AVC, IAM), doença renal crônica ou em pacientes idosos [10]. Apresenta alta taxa de mortalidade de 5 a 20% [11]. Os pacientes podem apresentar sintomas neurológicos

como, por exemplo, hemiparesia, hemianopsia, convulsão, alteração de consciência, dor, febre, sintomas de desidratação (boca seca, redução do volume urinário) [10].

- Cetoacidose: ocorre por deficiência absoluta ou relativa de insulina e é mais comum em pacientes com diabetes tipo 1. Pode ocorrer também em pacientes com diabetes tipo 2 com falência pancreática. Os valores de glicemia são relativamente menos elevados (250-350 mg/dL) [2]. Apresenta mortalidade aproximada de 5% e pode progredir rapidamente para alteração de consciência [10]. Os principais sintomas são polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas, vômitos, dor abdominal, hiperventilação [1].

Em algumas situações deve-se atentar para cetoacidose euglicêmica [12]. Esta é uma condição rara, em que há sinais e sintomas e alterações laboratoriais de cetoacidose, porém com glicemia < 250 mg/dL [12]. O diagnóstico deve ser suscitado em pacientes com sinais de cetoacidose, porém sem hiperglicemia, e com fatores desencadeantes como desidratação, vômitos intensos, gestação, pessoas realizando dietas com baixa ingestão de carboidratos, uso de cocaína, uso de álcool, uso de inibidor do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (canagliflozina, dapagliflozina, empagliflozina) ou cirurgia recente [3,12,13]. O manejo deve ser feito em ambiente hospitalar ou pronto atendimento, semelhante aos pacientes com cetoacidose com hiperglicemia, porém com infusão precoce de glicose endovenosa [12].

Os principais fatores desencadeantes de crises hiperglicêmicas são [1,4,9,10]:

- Infecções (76,5%) e sepse;
- Suspensão/má adesão do tratamento do diabetes (10%);
- Uso de medicamentos hiperglicemiantes (6,6%): corticoides, tiazídicos em altas doses, antipsicóticos atípicos, simpatomiméticos, terapia antirretroviral;
- Condições agudas graves como IAM, AVC, pancreatite, tromboembolismo pulmonar;
- Uso de cocaína (apenas cetoacidose) e álcool;
- Transtornos alimentares (em pacientes com diabetes tipo 1) e uso inadequado proposital de insulina;
- Traumas, cirurgias, queimaduras;
- Gestação;
- Puberdade.

Pacientes com intercorrências podem apresentar hiperglicemia relacionada ao evento (necessitando doses maiores de insulina de forma transitória) e também têm risco de evoluir para emergências hiperglicêmicas [8]. Nesse contexto, recomenda-se aumento de 10 a 15% da dose total de insulina ou aumento da dose dos antidiabéticos orais. Após a intercorrência, pode-se retornar para as doses anteriores [4,8].

Na ausência de intercorrências agudas, não há evidência de benefício do uso de insulina para controle glicêmico na unidade de forma imediata. A maioria dos pacientes nessa situação apresentam descompensação crônica da doença. Deve-se ajustar o tratamento para controle da hiperglicemia, solicitar controle de glicemias capilares enquanto a hiperglicemia não for controlada e agendar retornos frequentes [2,4,8].

Referências:

1. Hirsch IB, Emmett M. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 29 Mar 2020 [citado em 16 Mar 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus. Brasília, DF; 2013 [citado em 16 Mar 2022]. [Cadernos de Atenção Básica, n. 36]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.
3. Dynamed. Record nº T115027, Diabetic ketoacidosis (DKA) in adults [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atualizado em 30 Nov 2018, citado em 16 Mar 2022].
4. Dynamed. Record nº T116678, Insulin management [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atualizado em 30 Nov 2018, citado em 16 Mar 2022].
5. Dynamed. Record nº T113993, Management of type 2 diabetes in adults [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atualizado em 30 Nov 2018, citado em 16 Mar 2022].
6. American Diabetes Association. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of medical care in diabetes – 2021. Diabetes Care. 2021;44(supl. 1):S111-24. **Doi 10.2337/dc21-S009**.
7. Garber AJ, Handelsman Y, Grunberger G, Einhorn D, Abrahamson MJ, Barzilay JI. Consensus statement by the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the Comprehensive type 2 diabetes management algorithm – 2020 executive summary. Endocr Pract. 2020 [citado em 16 Mar 2022];26(1):107-39. Disponível em: <https://pro.ace.com/pdfs/diabetes/algorithm-exec-summary.pdf>.
8. National Diabetes Services Scheme (Australian), Australian Diabetes Educators Association. Clinical guiding principles for sick day management of adults with type 1 diabetes or type 2 diabetes: a guide for health professionals. [S.l.]; Sep 2020 [citado em 16 Mar 2022]. Versão 3. Disponível em: <https://www.adea.com.au/wp-content/uploads/2020/09/Sickdays-12.pdf>.
9. Stapleton RD, Heyland DK. Glycemic control in critical illness [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 30 Sep 2021 [citado em 16 Mar 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/glycemic-control-in-critical-illness>.
10. Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), Australian Diabetes Society (ADS). Emergency management of hyperglycaemia in primary care. Melbourne; 2018 [citado em 16 Mar 2022]. Disponível em: <https://diabetessociety.com.au/documents/Emergencymanagementofhyperglycaemiainprimarycare.pdf>.

11. Dynamed. Record nº T115340, Hyperglycemic hyperosmolar state in adults [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atualizado em 30 Nov 2018, citado em 16 Mar 2022]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/hyperglycemic-hyperosmolar-state-in-adults>.
12. Plewa MC, Bryant M, King-Thiele R. Euglycemic diabetic ketoacidosis. [Treasure Island]; StatPearls; 24 Jan 2022.
13. Mehta A, Emmett M. Fasting ketosis and alcoholic ketoacidosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 14 Oct 2020 [citado em 16 Mar 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/fasting-ketosis-and-alcoholic-ketoacidosis>.

Abril de 2022

O que é amenorreia secundária e como realizar investigação na APS?

Autoria

Luíza Emília Bezerra Medeiros
Talita Colombo

Revisão Técnica

Ellen Machado Arlindo
Letícia Royer Voigt
Elise Botteselle de Oliveira

Amenorreia secundária é a ausência de menstruação por pelo menos 3 ciclos em mulheres com ciclos previamente regulares ou por pelo menos 6 meses em pacientes com ciclos irregulares [1,2,3,4]. Períodos de tempo inferiores são denominados atraso menstrual [1]. A investigação de amenorreia secundária se inicia com anamnese, exame físico e exame ginecológico [2,3,4,5]. O quadro abaixo resume os principais aspectos clínicos a serem observados nas pessoas com amenorreia secundária.

Quadro 1 – Avaliação clínica de pacientes com queixa de amenorreia secundária

Anamnese	Exame físico/ginecológico
<ul style="list-style-type: none"> – Prática de exercícios físicos intensos. – Alterações recentes de peso corporal. – Atividade sexual. – Uso de medicações (anticoncepcionais orais ou injetáveis, antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, opióides). – Doenças prévias. – Antecedentes de manipulação uterina. – História de quimioterapia, irradiação pélvica ou do sistema nervoso central. – Fatores estressores. – Sintomas vasomotores (fogachos, despertares noturnos por sudorese). – Distúrbios visuais e cefaleia de início recente. 	<ul style="list-style-type: none"> – Peso, altura, IMC. – Sinais de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia), acantose nigricans (hiperinsulinemia) – Sinais de deficiência estrogênica: atrofia urogenital. – Tireoide: tamanho aumentado, consistência. – Exame das mamas: presença de galactorreia. – Toque bimanual: volume anexial aumentado.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Dynamed (2018) e Welt e Barbieri (2020) [2,5].

A amenorreia é uma queixa frequente na APS e pode ser um sintoma de diversas condições, desde causas fisiológicas como gravidez, lactação, uso de medicações hormonais ou menopausa, até causas patológicas [1,2,4]. Para mais informações sobre a amenorreia associada ao uso de medroxiprogesterona injetável, acesse [aqui](#).

A prevalência de amenorreia secundária não fisiológica é de cerca de 3% a 4% na população geral [1]. A causa mais comum de amenorreia secundária é a gestação e depois de excluída, outras etiologias não-fisiológicas incluem: causas ovarianas (40%), disfunção hipotalâmica (35%), doença pituitária (19%), causas uterinas (5%) e outras (1%) [1]. Entre as causas de amenorreia hipotalâmica, destacam-se: distúrbio alimentar, baixo peso ou perda de peso excessiva, doenças crônicas (insuficiência renal, diabetes tipo 1, doença inflamatória intestinal) [1,4]. Entre os fatores de risco associados à anovulação, estão a obesidade, a síndrome dos ovários policísticos e a hiperplasia adrenal congênita [4].

Após descartada gravidez, a avaliação laboratorial inicial de pessoas com amenorreia secundária não fisiológica deve incluir [2,4,5]:

- Dosagem sérica de hormônio folículo-estimulante (FSH);
- Prolactina;
- Hormônio estimulante da tireoide (TSH).

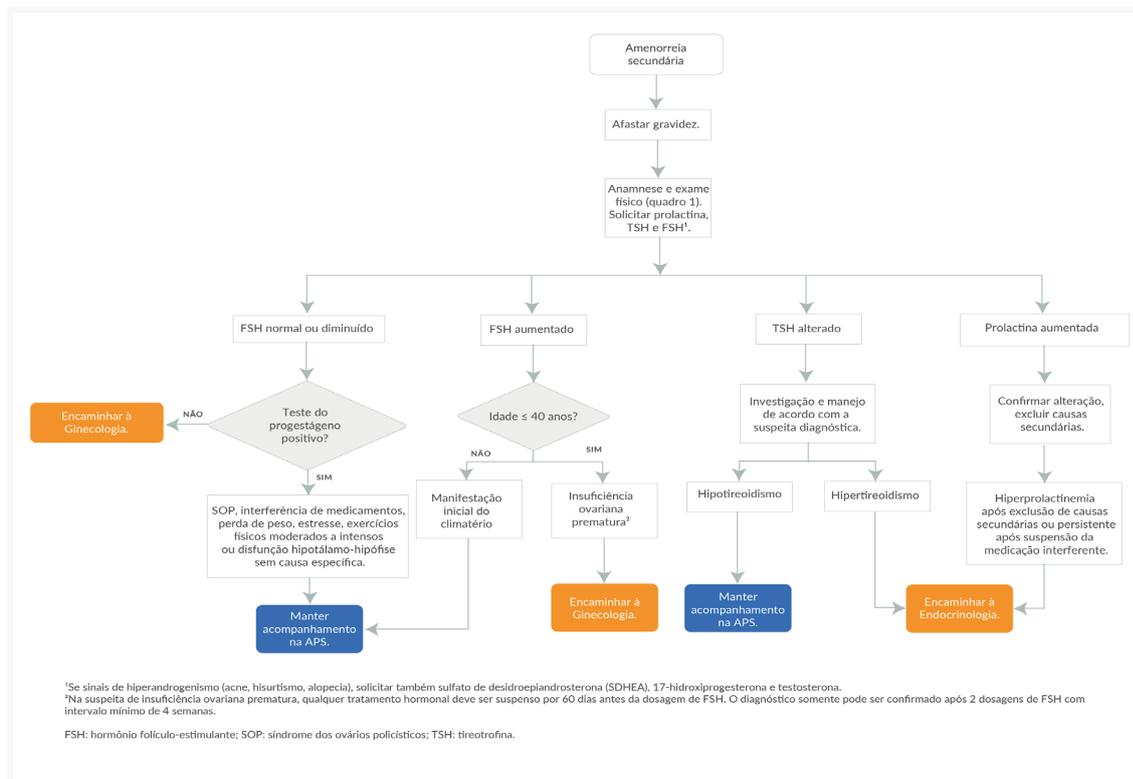
Se sinais de hiperandrogenismo (acne e hirsutismo), solicitar também [2,4,5]:

- Sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA);
- 17-hidroxiprogesterona;
- Testosterona total e livre.

Caso haja sangramento menstrual recente, sugere-se coleta de exames entre o 2º e 4º dia do ciclo, mas se a amenorreia for prolongada, os exames podem ser realizados em qualquer momento [5].

O fluxograma 1 resume a avaliação de pacientes com amenorreia secundária.

Fluxograma 1 – Avaliação diagnóstica da amenorreia secundária



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

[Clique aqui para fazer download do fluxograma](#)

Exames de imagem têm papel limitado, especialmente na avaliação inicial da amenorreia secundária. Contudo, a ecografia pélvica pode ser considerada se o exame ginecológico não for suficiente para estabelecer qualquer defeito anatômico da via de saída, especialmente em mulheres com história anterior de instrumentação uterina [2,4,5]. Presença de sintomas pré-menstruais ou dismenorreia cíclica também podem sugerir fator obstrutivo [2,3,4].

Em pessoas com FSH normal ou diminuído, suspeita-se de hipogonadismo hipogonadotrófico: anovulação crônica ou amenorreia hipotalâmica. Nessas situações, orienta-se a realização do teste de progéstágeno. Esse teste consiste na administração de acetato de medroxiprogesterona 10 mg, uma vez ao dia, durante 4 a 10 dias (ou diidroprogesterona 10mg, por 7 dias) [2,3,4,5]. O teste é considerado

positivo caso ocorra sangramento dentro de 2 a 7 dias do término do curso de progesterona e significa que existem níveis adequados de estrogênios endógenos para estimular a proliferação endometrial e o trato genital é competente. O manejo desses casos deve ser realizado na APS e deve ser direcionado quanto à possibilidade de correção da patologia subjacente, ao desejo de gestar e à prevenção de complicações do processo da anovulação crônica, como hiperplasia endometrial e câncer de endométrio[2,4,5,6].

Em pacientes com FSH aumentado (> 25 mUI/mL), deve ser considerada a possibilidade de insuficiência ovariana [4,7]. Caso seja confirmada a elevação de FSH (> 25 mUI/mL) após 2 dosagens com intervalo mínimo de 4 semanas, na ausência de tratamento hormonal há pelo menos 60 dias, mulheres com idade de até 40 anos têm indicação de encaminhamento especializado para a Ginecologia por insuficiência ovariana prematura [2,3,4,5,6,7]. Aquelas com mais de 40 anos e sem outra anormalidade na investigação adicional, além do FSH aumentado, devem manter o acompanhamento na APS por possibilidade da alteração menstrual ser decorrente do período perimenopausa [3,8].

Em pacientes com prolactina aumentada, orienta-se repetir o exame. Indivíduos com amenorreia secundária à hiperprolactinemia, após exclusão de causas secundárias ou na persistência após suspensão de medicação interferente, devem ser encaminhadas para a Endocrinologia [9]. Veja mais em **“Quais são as causas e como avaliar a hiperprolactinemia?”**.

Se for identificada alteração no TSH, sugere-se a confirmação do diagnóstico e tratamento de acordo com a suspeita clínica-laboratorial [2,3,4,5]. A regularização do ciclo menstrual costuma ocorrer após controle metabólico da condição diagnosticada [10]. Mais informações sobre essas patologias em: **TeleCondutas Hipotireoidismo e TeleCondutas Hipertireodismo**.

Já quando as dosagens hormonais estiverem normais e o teste do progestágeno for negativo, a causa da amenorreia pode ser estrutural [2,3,4,5]. Esse diagnóstico deve ser particularmente lembrado após histórico de aborto, curetagem, infecção ou cirurgia uterina [2,3,4,5]. Nesses casos, há indicação de avaliação com a Ginecologia [6]. Exames de imagem como histerossonografia, histerossalpingografia ou histeroscopia podem mostrar sinéquias e obliteração da cavidade uterina [2,3,5].

Outras indicações de encaminhamento à Ginecologia por amenorreia secundária não fisiológica incluem pacientes com história prévia de exposição à radioterapia e/ou quimioterapia e aquelas que foram submetidas a ooforoplastia ou ooforectomia no passado [6].

Referências:

1. Welt CK, Barbieri RL. Epidemiology and causes of secondary amenorrhea [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 29 Oct 2021 [citado em 25 Mar 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-causes-of-secondary-amenorrhea>.
2. DynaMed. Record nº T116009, Amenorrhea [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atualizado em 30 Nov 2018, citado em 25 Mar 2022].
3. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C, editores. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Amenorreia. ed. rev. atual. São Paulo: FEBRASGO; 2021 [citado em 25 Mar 2022]. [Protocolos Febrasgo, Ginecologia, n. 25]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n25—G—Amenorreia.pdf>.
5. Welt CK, Barbieri RL. Evaluation and management of secondary amenorrhea [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 28 June 2020 [citado em 25 Mar 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-secondary-amenorrhea>.
6. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS), Secretaria da Saúde (Rio Grande do Sul). Protocolos de Regulação Ambulatorial: ginecologia: versão digital 2017. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 25 Fev 2017 [citado em 25 Mar 2022]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_ginecologia_20170911_v016.pdf.
7. Benetti-Pinto CL, Soares Júnior JM, Nácul AP, Yela DA, Silva ACJSR. Insuficiência ovariana prematura: foco no tratamento hormonal. FEBRASGO Position Statement, 2020 Ago(2):1-7. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/FPS—N2—Agosto-2020—portugues-novo.pdf.
8. Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of menopause [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 30 Sep 2021 [citado em 25 Mar 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause>.
9. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); Secretaria da Saúde (Rio Grande do Sul). Protocolos de Regulação Ambulatorial: endocrinologia adulto: versão digital 2021. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 10 Dez 2021. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_endocrinologia_revisado_TSRS_SES04jan.pdf.
10. Taylor HS, Pal L, Seli E. Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. 9a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.

Abril de 2022

Quando suspeitar de dengue e como realizar a investigação diagnóstica?

Autoria

Laureen Engel

Ana Flor Hexel Cornely

Revisão Técnica

Elise Botteselle de Oliveira

Ana Cláudia Magnus Martins

Suspeita-se de dengue em todo indivíduo que resida em área onde se registram casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti*. Deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações [1]:

- Cefaleia e/ou dor retro-orbitária;
- Mialgia e/ou artralgia;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Exantema;
- Prova do laço positiva e/ou petéquias
- Leucopenia.

Em crianças também é considerado caso suspeito aquele proveniente de área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre dois a sete dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença [1].

Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado no SINAN e comunicado à vigilância epidemiológica municipal [2]. A investigação diagnóstica pode ser encontrada no quadro 1.

A investigação laboratorial diagnóstica pode ser realizada por meio de testes diretos como isolamento viral (DENV) ou RT-PCR ou por métodos indiretos como pesquisa de anticorpos IgM (ELISA), antígeno NS1, inibição da hemoaglutinação ou teste de neutralização por redução de placas [3]. O fluxo para coleta de exames específicos deve ser verificado com a vigilância epidemiológica local, respeitando o momento adequado para cada tipo de teste [4].

Quadro 1 – Investigação diagnóstica de dengue

	Tipo	Momento da coleta*
Métodos diretos	Isolamento viral (DENV)	Até o 5º dia de sintomas.
	RT-PCR	Até o 5º dia de sintomas.
Métodos indiretos (sorológicos)	Antígeno NS1	Até o 5º dia de sintomas.
	Pesquisa de anticorpo IgM (ELISA). Inibição da hemaglutinação. Teste de neutralização por redução de placas (PRNT)	A partir do 6º dia de sintomas.

*Deve-se coletar 5 mL de sangue total em crianças e 10 mL em adultos, sem anticoagulante, utilizando tubo plástico estéril, com tampa rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Para o transporte, a amostra deve ser acondicionada em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373), as amostras de isolamento conservadas a -70°C, já as amostras para NS1 e métodos indiretos devem ser conservadas entre 2°C e 8°C até no máximo 48h; -20°C até 7 dias; após este período, manter a -70°C [1].

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde (2021), Secretaria Estadual de Saúde (2016) e Ministério da Saúde (2016) [1,5,6].

Quando disponíveis, os testes rápidos para dengue podem auxiliar na avaliação dos casos suspeitos. Devem ser realizados a partir do 6º dia de sintomas (preferencialmente a partir do 10º dia) e tem

objetivo de investigar a condição imunológica (contato recente ou passado com o vírus da dengue), sendo apropriados para triagem, mas não são testes diagnósticos, devendo ser confirmado com um teste laboratorial [7,8].

É considerado caso confirmado laboratorial aquele que atende a definição de caso suspeito de dengue que foi confirmado por um ou mais testes laboratoriais e seus respectivos resultados: NS1 reagente, isolamento viral positivo, RT-PCR ou anticorpo IgM detectável e aumento ≥ 4 vezes nos títulos de anticorpos no PRNT ou teste IH, utilizando amostras pareadas (fase aguda e convalescente). Quando o resultado sorológico for inconclusivo, o PRNT pode ser utilizado em casos graves, óbitos, eventos adversos de vacina, entre outros, após avaliação dos laboratórios em conjunto com a vigilância epidemiológica [1].

Os testes sorológicos utilizados para o diagnóstico de dengue devem ter seus resultados interpretados com cautela, já que os níveis de anticorpos IgM contra dengue alcançam seu pico dentro de duas semanas após o início dos sintomas e alguns casos atingem níveis detectáveis apenas após o 10º dia. Após esse período, ocorre uma redução progressiva dos níveis de anticorpos IgM, mas ainda podem ser detectados por até 90 dias em infecções primárias. Portanto, mesmo que a amostra tenha sido coletada no momento adequado ao indivíduo que atenda a definição de caso suspeito, um resultado negativo não exclui de imediato o diagnóstico de dengue, e nestes casos é indicada a coleta de uma segunda amostra do paciente. A segunda coleta deve ser realizada após 15 dias da primeira coleta, exceto para NS1, em que a amostra deverá ser coletada até o 5º dia após o início dos sintomas [1].

Em um cenário epidemiológico de circulação simultânea de Dengue, Zika e Chikungunya, presente em grande parte dos municípios do Brasil, e como as manifestações clínicas não possibilitam diferenciação entre as arboviroses, o mais apropriado é a utilização de métodos diagnósticos diretos. A testagem deve ser inicialmente para Dengue (observando-se os períodos de coleta adequados) e, se negativa, para Zika e Chikungunya, pois o diagnóstico sorológico pode apresentar reações cruzadas entre Dengue e Zika [1].

Os anticorpos IgG não são utilizados para o diagnóstico de infecção aguda e a probabilidade de detecção dos mesmos depende do caso ser uma primoinfecção ou reinfecção. A primoinfecção caracteriza-se por uma resposta lenta e baixa do título do IgG, que em geral é detectado em níveis baixos a partir do 7º dia dos sintomas. Já no caso de reinfecção, ocorre rápido aumento nos títulos de IgG, iniciando a partir do 4º dia do início dos sintomas [9].

Na impossibilidade de realizar confirmação laboratorial deve-se considerar o diagnóstico clínico-epidemiológico nos casos suspeitos em que há vínculo epidemiológico com caso comprovado em laboratório. Em um contexto de epidemia de dengue, os primeiros casos, casos graves, gestantes e óbitos devem ser confirmados laboratorialmente, mas os demais podem ter sua confirmação por critério clínico-epidemiológico [1].

A dengue é a arbovirose urbana mais comum das Américas e do Brasil [3] e se divide em fase febril e fase crítica [1,6]. A fase febril pode apresentar-se com febre de início súbito, geralmente acima de 38°C, anorexia e diarreia, além dos sinais e sintomas da suspeita diagnóstica. Grande parte dos casos podem apresentar exantema do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, não poupando região palmares e plantares. A fase crítica ocorre após a defervescência da febre, que

costuma ocorrer entre o 3º e o 7º dia de sintomas [1,6], e é nessa fase que o paciente costuma apresentar os sinais de alarme da doença como dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico), hipotensão postural e/ou lipotímia, letargia e/ou irritabilidade, hepatomegalia, sangramento de mucosa ou hemorragias e aumento progressivo do hematócrito [1,3,6]. A fase de recuperação ocorre entre 24 a 48 horas após a fase crítica, quando inicia-se a reabsorção dos fluidos que haviam extravasado para o compartimento extravascular com resolução progressiva dos sintomas [ref]. Para a abordagem inicial na suspeita de arboviroses, acesse [aqui](#).

Referências:

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde: 5a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 5 Abr 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 264, de 17 de Fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 35, p. 97, 19 Fev 2020 [citado em 5 Abr 2022]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_N_264_17_FEVEREIRO_2020.pdf.
3. Secretaria Estadual da Saúde (RS). Guia médico de enfrentamento ao Aedes aegypti para serviços de atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2016.
4. Secretaria Estadual da Saúde (RS). Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública. Instruções de Laboratório para o Diagnóstico Laboratorial de Dengue. Chikungunya, Zika e Febre Amarela. Porto Alegre: CEVS; 2017 [citado em 5 Abr 2022]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/diagnostico-e-tratamento-59132965cefd9.%20>.
5. Secretaria Estadual da Saúde (RS). Guia médico de enfrentamento ao Aedes aegypti para serviços de atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2016. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17417607-Guia-medico-de-enfrentamento-ao-aedes-aegypti-para-servicos-de-atencao-primaria-a-saude-no-rio-grande-do-sul.html>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico]. 5. ed. Brasília, DF : Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_manejo_adulto_crianca_5ed.pdf.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Folheto Teste Rápido para Dengue, Chikungunya e Zika. Brasília, DF : Ministério da Saúde; [atualizado em 16 Jul 2021, citado em 5 Abr 2022].
8. Secretaria Estadual da Saúde (RS). Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Nota Informativa: Orientações sobre o encerramento de casos de Dengue nas fichas de notificação do SINAN online, no estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 28 Mar 2022 [citado em 5 Abr 2022]. Disponível em: <https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202203/29115919-nota-informativa-fechamento-lab-particular-e-clinico-epid-marco-2022.pdf>.
9. Thomas SJ, Rothman AL, Srikiatkachorn A, Kalayanarooj S. Dengue virus infection: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [atualizado em 23 Fev 2021, citado em 5 Abr 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis>.

Maio de 2022

Há indicação de anticoagular pacientes com trombose venosa crônica?

Autoria

Giovana Fagundes Piccoli
Sofia Dalpian Kuhn

Revisão Técnica

Alexandre Wahl Hennigen
Elise Botteselle de Oliveira

Não há evidências científicas que comprovem benefício em anticoagular pacientes com achado de trombose venosa crônica ou recanalizada em ultrassonografia com doppler de membros inferiores, mesmo naqueles não previamente diagnosticados com trombose venosa profunda aguda [1]. A descrição de trombose crônica em ultrassonografia não caracteriza trombose venosa profunda (TVP) em curso, e sim um episódio prévio de TVP [1]. A indicação de anticoagulação em pacientes com TVP aguda tem como objetivo reduzir o desenvolvimento de tromboembolismo pulmonar e recorrência de TVP, essas complicações têm maior incidência nos primeiros três meses após o episódio [2,3,4].

Há indicação de que o laudo da ultrassonografia descreva o termo “alterações pós-trombóticas crônicas”, evitando o termo “trombose crônica ou subaguda” que pode acarretar confusão e sobretratamento [1,5]. Os achados ultrassonográficos geralmente associados a alterações pós-trombóticas crônicas são [1]:

- Presença de material residual na luz da veia (muitas vezes laudado como trombose residual);
- Obstrução parcial;
- Espessamento ou irregularidade parietal.

É importante verificar a presença de sinais e sintomas de Síndrome Pós-trombótica (SPT) nos pacientes com achados ultrassonográficos de alterações pós-trombóticas crônicas (quadro 1) []. Os achados clínicos são semelhantes aos de insuficiência venosa primária, podendo variar desde edema mínimo em membros inferiores ao final do dia até complicações graves como edema intratável e úlceras. Geralmente os sintomas pioram ao longo do dia, especialmente ao ficar em pé ou caminhar e melhoram com elevação de membros inferiores [6,7,8,9].

Quadro 1 – Sinais e sintomas de Síndrome Pós-trombótica

Sinais	Sintomas
<ul style="list-style-type: none"> – Telangectasias. – Edema depressível (com cacifo). – Pigmentação amarronzada. – Eczema venoso. – Veias varicosas secundárias. – Eritema. – Áreas de tecido cicatricial esbranquiçado. – Dor à digitopressão do edema. – Lipodermatoesclerose. – Úlceras. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dor. – Edema. – Sensação de pernas cansadas e pesadas. – Prurido. – Cãibras. – Parestesia. – Claudicação venosa (dor durante exercícios que se assemelha à claudicação arterial).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Dynamed (2018) e Kahn e Mathes (2022) [6,7].

Aproximadamente 20 a 50% dos pacientes com TVP desenvolve SPT, usualmente nos primeiros 3 a 6 meses, podendo ocorrer em até 2 anos após o episódio agudo [6]. Em 5 a 10% dos casos a SPT é grave e acarreta úlceras venosas [6,7].

O diagnóstico de SPT é clínico e não necessita de exames complementares. A presença de sinais e sintomas de SPT em pacientes com histórico de trombose venosa profunda ocorrida há mais de 3 meses é considerada suficiente para o diagnóstico [6,7,9]. O achado de trombose crônica ou

recanalizada em ultrassonografia com doppler de membros inferiores em pacientes assintomáticos não é diagnóstico de SPT [6,7,9].

Na ausência de histórico de TVP em paciente com sinais e sintomas característicos de SPT, pode-se considerar ultrassonografia com avaliação de compressibilidade venosa para identificar trombose venosa não diagnosticada previamente e assim confirmar SPT como causa dos sintomas [8].

A escala de Villalta é a mais utilizada para avaliação diagnóstica de SPT e o questionamento dos sinais e sintomas descritos no quadro 2 pode ser realizado em pacientes após episódio de TVP aguda. Cada sinal ou sintoma é classificado de acordo com sua intensidade e recebe pontuação de 0 a 3 pontos (quadro 2). O diagnóstico de SPT é definido com 5 ou mais pontos ou presença de úlcera venosa [9,10].

Quadro 2 – Escala de Villalta

Clínica	Ausência	Leve	Moderada	Grave
Dor	0	1	2	3
Câimbras	0	1	2	3
Sensação peso	0	1	2	3
Parestesia	0	1	2	3
Prurido	0	1	2	3
Edema pré tibial	0	1	2	3
Endurecimento da pele	0	1	2	3
Hiperpigmentação	0	1	2	3
Eritema	0	1	2	3
Ectasia venosa	0	1	2	3
Dor à digitopressão do edema	0	1	2	3
Úlcera venosa	Ausente	–	–	Presente
Leve: 5-9 pontos; Moderada: 10-14 pontos; Grave: ≥ 15 pontos e/ou presença de úlcera venosa.				

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Villalta (1994) [10].

A primeira linha de tratamento da SPT envolve terapia compressiva, especialmente meias elásticas (Veja como prescrever [aqui](#)) que devem ser orientadas para todos os pacientes que não tenham evidência de doença arterial oclusiva periférica. Programas de exercícios físicos com treino de força em membros inferiores e atividade aeróbica por pelo menos 6 meses são recomendados [11].

Pacientes com sintomas persistentes refratários ao tratamento conservador por 6 meses ou com presença de úlcera venosa devem ser encaminhados à Cirurgia Vasculiar para avaliação de tratamento cirúrgico ou endovascular [12].

Referências:

1. Needleman L, Cronan JJ, Lilly MP, Merli GJ, Adhikari S, Hertzberg BS, et al. Ultrasound for lower extremity Deep Venous Thrombosis: multidisciplinary recommendations from the Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference. *Circulation*. 2018 Apr 3;137(14):1505-15. **Doi 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030687.**
2. Dynamed. Record nº T133588, Deep Vein Thrombosis (DVT) [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995 [atualizado em 30 Nov 2018, citado em 9 Maio 2022].
3. Hull RD, Lip GYH. Venous thromboembolism: anticoagulation after initial management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [atualizado em 5 Apr 2022, citado em 9 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/venous-thromboembolism-anticoagulation-after-initial-management>.
4. Lip GYH, Hull R. Overview of the treatment of lower extremity deep vein thrombosis (DVT) [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [atualizado em 7 Apr 2022, citado em 9 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-lower-extremity-deep-vein-thrombosis-dvt>.
5. Nardino EP, Santos GEM, organizadores. Consenso sobre Duplex Scan (Ultrassom Doppler Colorido) para Avaliação da Doença Venosa Crônica dos Membros Inferiores: Consenso e Recomendações da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare – Regional São Paulo e do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019 [citado em 9 Maio 2022]. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Consenso-para-a-Sociedade-Bras.-de-Angiologia-e-Cirurgia-Vascular_2020.pdf.
6. Dynamed. Record nº T917046, Post-Thrombotic Syndrome (PTS) [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995 [atualizado em 30 Nov 2018, citado em 9 Maio 2022].
7. Kahn SR, Mathes BM. Post-thrombotic (postphlebotic) syndrome [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [atualizado em 9 Mar 2022, citado em 9 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/post-thrombotic-postphlebotic-syndrome#:~:text=Post%2Dthrombotic%20syndrome%20refers%20to,postphlebotic%22%20syndrome%20%5B3%5D>.
8. Rabinovich A, Kahn SR. The postthrombotic syndrome: current evidence and future challenges. *J Thromb Haemost*. 2017 Feb;15(2):230-41. **Doi 10.1111/jth.13569.**
9. Kahn SR, Partsch H, Vedantham S, Prandoni P, Kearon C, Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of post-thrombotic syndrome of the leg for use in clinical investigations: a recommendation for standardization. *J Thromb Haemost*. 2009 May;7(5):879-83. **Doi 10.1111/j.1538-7836.2009.03294.x.**
10. Villalta S, Bagatella P, Piccioli A, Lensing A, Prins M, Prandoni P. Assessment of validity and reproducibility of a clinical scale for the post-thrombotic syndrome (abstract). *Haemostasis*. 1994;24:158a.

11. Kahn SR, Comerota AJ, Cushman M, Evans NS, Ginsberg JS, Goldenberg NA, et al. The postthrombotic syndrome: evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014 Oct 28;130(18):1636-61. [Errata: *Circulation*. 2015 Feb 24;131(8):e359, [Doi 10.1161/CIR.000000000000185](https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000185)]. [Doi 10.1161/CIR.000000000000130](https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000130).
12. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS), Secretaria Estadual da Saúde (Rio Grande do Sul). Protocolos de encaminhamento para cirurgia vascular. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Protocolo_Cirurgia_Vascular_TSRS_002.pdf.

Quando indicar tratamento da varicela?

Autoria

Rafaela Bernardes Barreto

Kenselyn Oppermann

Revisão Técnica

Ana Flor Hexel Cornely

Elise Botteselle de Oliveira

Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro

O tratamento antiviral para pessoas com formas leves de varicela e sem condições de risco para complicações não está indicado até o momento. Nessas situações, deve-se utilizar tratamento sintomático com analgésicos não salicilatos e com antitérmicos, como paracetamol ou dipirona; e anti-histamínicos sistêmicos, como dexclorfeniramina ou loratadina, para controle do prurido [1-3]. Em adultos, a varicela pode apresentar maior morbidade e risco de complicações, como pneumonia, hepatite e encefalite [4].

O uso do antiviral pode reduzir a intensidade dos sintomas e a duração da infecção, sem redução significativa das complicações, conforme evidência científica atualmente disponível [5-8]. Pode ser indicado para [1,3,5,9-11]:

- Adultos e adolescentes com > 12 anos não vacinados;
- Pessoas com comprometimento imunológico (Quadro 1);
- Portadores de Doença Pulmonar Crônica;
- Portadores de doenças dermatológicas crônicas (como ictiose, epidermólise bolhosa, Psoríase e dermatite atópica grave);
- Pessoas em uso crônico de salicilatos (ácido acetilsalicílico) pelo risco de Síndrome de Reye; ou
- Pessoas em uso crônico ou recente de corticoesteróides inalatórios que, a depender da dose, idade e comorbidades, podem estar implicados em aumento do risco de infecções pulmonares [10].

Quadro 1 – Pessoas com comprometimento imunológico, conforme gravidade

Imunodepressão celular grave, que inclui algumas das condições abaixo (mas não limitado a):
<p>– tratamento ativo para tumor sólido e malignidades hematológicas;</p> <p>– recebimento de transplante de órgão sólido e uso de terapia imunossupressora;</p> <p>– recebimento de terapia com células CAR-T ou transplante de células hematopoiéticas (HCT) (dentro de 2 anos após o transplante ou em terapia de imunossupressão);</p> <p>– imunodeficiência primária moderada ou grave (por exemplo: Síndrome de DiGeorge, Síndrome de Wiskott-Aldrich);</p> <p>– pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) com infecção avançada ou não tratada (adultos ou adolescentes com contagem de CD4 < 200 células/mm³ ou crianças com < 15 % de linfócitos TCD4, doença definidora de aids sem reconstituição imune ou manifestações clínicas de HIV sintomático);</p> <p>– tratamento com: altas doses de corticosteroides de forma crônica (≥ 20 mg de prednisona ou equivalente por dia, quando administrado por 2 semanas ou mais); agentes alquilantes; antimetabólitos; drogas imunossupressoras relacionadas ao transplante; agentes quimioterápicos contra câncer, classificados como gravemente imunossupressores; inibidores de TNF-α ou outros agentes biológicos que são imunossupressores ou imunomoduladores.</p>
Comprometimento imunológico (não grave):
<p>– PVHA (independente do status imunológico);</p> <p>– portadores de imunodeficiência primária (independente da gravidade);</p> <p>– pessoas que fizeram qualquer quimioterapia ou radioterapia nos últimos 6 meses;</p> <p>– pessoas que fizeram transplante de medula nos últimos 12 meses.</p>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Albrecht (2021, 2022), Albrecht e Levin (2021) [4,9,12].

Nesses casos, deve ser iniciado o uso de antiviral dentro das primeiras 24 horas da erupção cutânea, podendo ainda ser indicado enquanto houver lesões cutâneas ativas (vesículas) [2,3,9]. As doses recomendadas estão no Quadro 2.

Quadro 2 – Tratamento antiviral para varicela¹

	Pessoas sem comprometimento imunológico (Quadro 1)	Pessoas com comprometimento imunológico, (Quadro 1), e/ou casos graves com lesão em órgão alvo ²
Via de administração	Oral	Endovenoso ³
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> – Aciclovir: 800 mg, 5x/dia, por 5-7 dias; ou – Valaciclovir: 1g, 3x/dia, por 5 a 7 dias; ou – Fanciclovir: 500 mg, 3x/ dia, por 5 a 7 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aciclovir: 10 a 15 mg/kg, 8/8 h, por 7 a 14 dias. Duração do tratamento definida conforme a resposta clínica. Para pacientes obesos, utilizar cálculo de peso corporal ideal.
Crianças e adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> – Aciclovir: 20 mg/kg/dose, 4x/dia (máximo 800 mg/dose ou 3200 mg/dia), por 5 dias; ou – Valaciclovir: 20 mg/kg/dose, 3x/dia (máximo 1000 mg/dia), por 5 dias ou até todas as lesões virarem crostas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aciclovir 10 mg/kg, 8/8 h, por 7 a 14 dias. A duração do tratamento é definida conforme a resposta clínica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde (2021), Dynamed (2023) e Albrecht (2023) [2,3,9].

¹Doses para pacientes com função renal normal.

²Formas graves de varicela e/ou apresentações com início de lesão de órgão-alvo incluem: lesões hemorrágicas, dor abdominal ou dorsalgia graves, pneumonia, encefalite, infecção disseminada (encefalite, hepatite grave com coagulação intravascular disseminada, por exemplo).

³Após período inicial com tratamento endovenoso, quando não houver novas lesões, pode-se considerar trocar para terapia oral.

O uso de aciclovir oral para infecção de varicela não complicada em gestantes não foi estudado. O Ministério da Saúde não recomenda o tratamento com antiviral para esse grupo, exceto naquelas que desenvolvam complicações, como pneumonite, em que se deve considerar o uso endovenoso [2,13]. O uso do aciclovir oral para pessoas grávidas com quadro de varicela sem complicação tem sido sugerido por algumas referências [14–16], com nível de evidência fraco, justificado pelo risco de varicela congênita em fetos de gestantes expostas ao vírus varicela-zóster, sobretudo nas primeiras 20 semanas de gestação, estimado em até 2% [17], associado à ausência de evidência de teratogenicidade do aciclovir [18,19]. Para essas situações, recomenda-se o uso nas primeiras 24 horas após o surgimento das lesões [13–16].

A varicela não é uma doença de notificação compulsória individual, exceto em casos graves e óbitos [2]. Entretanto, é uma doença de interesse para alguns estados e municípios, então deve-se atentar para as recomendações locais de notificação individual da vigilância epidemiológica [19,20]. Os surtos devem ser notificados no SINAN (módulo surto) para registro e investigação [2,21].

Para informações sobre a profilaxia pós-exposição para varicela, veja [aqui](#).

Referências:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Chickenpox (Varicella) [Internet]. Georgia: CDC; 2021 [citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/chickenpox/index.html>.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde [Internet]. 5o ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 24 de outubro de 2023]. 1126 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view.
3. Dynamed. Chickenpox [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023 [[citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/chickenpox>.
4. Albrecht MA. Clinical features of varicella-zoster virus infection: chickenpox [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2021 [citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-varicella-zoster-virus-infection-chickenpox>.
5. Dunkle LM, Arvin AM, Whitley RJ, Rotbart HA, Feder HM, Feldman S, et al. A Controlled Trial of Acyclovir for Chickenpox in Normal Children. N Engl J Med [Internet]. 28 de novembro de 1991[citado 24 de outubro de 2023];325(22):1539–44. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199111283252203>.
6. Balfour HH, Rotbart HA, Feldman S, Dunkle LM, Feder HM, Prober CG, et al. Acyclovir treatment of varicella in otherwise healthy adolescents. The Journal of Pediatrics [Internet]. abril de 1992 [citado 24 de outubro de 2023];120(4):627–33. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347605824953>.
7. Feder HM. Treatment of adult chickenpox with oral acyclovir. Arch Intern Med. outubro de 1990;150(10):2061–5.
8. Klassen TP, Hartling L. Acyclovir for treating varicella in otherwise healthy children and adolescents. Cochrane Acute Respiratory Infections Group, organizador. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 19 de outubro de 2005 [citado 24 de outubro de 2023];2011(1). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002980.pub3>.
9. Albrecht MA. Treatment of varicella (chickenpox) infection [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-varicella-chickenpox-infection>.
10. Saag KG, Furst DE, Barnes PJ. Major side effects of inhaled glucocorticoids [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/major-side-effects-of-inhaled-glucocorticoids>.
11. González F, Rojas P. Is acyclovir effective for the treatment of varicella in children and adolescents? Medwave [Internet]. 5 de outubro de 2018 [citado 24 de outubro de 2023];18(06):e7268–e7268. Disponível em: <http://www.medwave.cl/link.cgi/English/Updates/Epistemonikos/7268>.

12. Albrecht MA, Levin MJ. Post-exposure prophylaxis against varicella-zoster virus infection [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2021 [citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/post-exposure-prophylaxis-against-varicella-zoster-virus-infection>.
13. Riley LE. Varicella-zoster virus infection in pregnancy [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2021 [citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/varicella-zoster-virus-infection-in-pregnancy>.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 151: Cytomegalovirus, Parvovirus B19, Varicella Zoster, and Toxoplasmosis in Pregnancy. Obstetrics & Gynecology [Internet]. junho de 2015 [citado 20 de abril de 2023];125(6):1510–25. Disponível em: <https://journals.lww.com/00006250-201506000-00054>.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Chickenpox in Pregnancy: green-top guideline no. 13 [Internet]. London: RCOG; 2015 [citado 24 de outubro de 2023]. 17 p. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/media/y3ajgkda/gtg13.pdf>.
16. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5o ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. 2424 p.
17. Pastuszak AL, Levy M, Schick B, Zuber C, Feldkamp M, Gladstone J, et al. Outcome after Maternal Varicella Infection in the First 20 Weeks of Pregnancy. N Engl J Med [Internet]. 31 de março de 1994 [citado 24 de outubro de 2023];330(13):901–5. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199403313301305>.
18. Stone KM, Reiff-Eldridge R, White AD, Cordero JF, Brown Z, Alexander ER, et al. Pregnancy outcomes following systemic prenatal acyclovir exposure: Conclusions from the international acyclovir pregnancy registry, 1984-1999. Birth Defect Res A [Internet]. abril de 2004 [citado 24 de outubro de 2023];70(4):201–7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdra.20013>.
19. Pasternak B. Use of Acyclovir, Valacyclovir, and Famciclovir in the First Trimester of Pregnancy and the Risk of Birth Defects. JAMA [Internet]. 25 de agosto de 2010 [citado 24 de outubro de 2023];304(8):859. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2010.1206>.
20. Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais), Coordenação de Doenças e Agravos Transmissíveis. Memorando SES/SUBVS-SVE-DVAT-CDAT no 46/2019 [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; ago 20, 2019 p. 4. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/nota-informativa-vacina-varicela/?wpdmdl=7130>.
21. Centro Estadual de Vigilância em Saúde (Rio Grande do Sul). Epidemiológica [Internet]. Porto Alegre, RS: Centro Estadual de Vigilância em Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/epidemiologica>.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Surto. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/surto>.

Maio de 2022

Quais as orientações para realização de procedimentos odontológicos em gestantes?

Autoria

Ingrid da Silva Santos
Ellen Machado Arlindo

Revisão Técnica

Elise Botteselle de Oliveira

Para a decisão de realizar procedimentos odontológicos em gestantes, é necessário ponderar entre o período gestacional e a gravidade do quadro clínico, considerando as queixas de dor, sangramento e prejuízo funcional. Exodontias ou outras cirurgias não são contra-indicadas na gestação, mas deve-se avaliar a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez. Diante de situações de urgências como, por exemplo, pulpites e abscessos, o tratamento deve ser realizado independente do período gestacional. As consequências da dor e da infecção podem ser mais prejudiciais à mãe e ao feto comparadas com a dos tratamentos odontológicos [1,2].

Se houver necessidade de exames radiológicos, podem ser realizados em qualquer período gestacional. Porém, atentar para uso de avental e proteção da tireoide, além de realizar técnicas de exposição rápida [1,2,3]. De forma geral, os procedimentos odontológicos eletivos devem ser evitados nas primeiras 12 semanas de gestação e ao final da gestação, se possível [2], conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Período gestacional e as intervenções odontológicas

Período gestacional	Procedimentos odontológicos
1º trimestre	Período menos adequado para tratamento odontológico (principais transformações embriológicas).
2º trimestre	Período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.
3º trimestre	Nas últimas semanas, também não é o período ideal para tratamento com sessões prolongadas (frequência urinária aumentada, hipotensão postural). Não caracterizando urgência, avaliar a possibilidade de aguardar o final da gestação para realização de procedimentos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Andrade (2014), Varellis (2017) e Oliveira e Haddad (2018) [2,3,4].

Além do período da gestação, outros cuidados para procedimentos odontológicos em gestantes são recomendados [2,4]:

- Sessões curtas, agendadas pela manhã (segunda metade), período em que os enjoos são menos frequentes.
- Medida preventiva para hipotensão postural: colocar a paciente sentada ou deitada de lado, de preferência do lado esquerdo, por alguns minutos antes de sair da cadeira e ficar em pé.
- Quando possível, optar por anestésico lidocaína com epinefrina de 1:100.000 ou 1:200.000, de acordo com o quadro 2. Independente do tipo anestésico utilizado, atentar para o volume máximo, que corresponde a dois tubetes anestésicos (3,6 mL) por sessão de atendimento.

Quadro 2 – Anestésicos locais indicados de acordo com alterações sistêmicas, se presentes

Alteração sistêmica	Tipo de anestesia local
Gestantes sem alterações sistêmicas.	Lidocaína 2%, com epinefrina de 1:100.000 ou 1:200.000.
Gestantes com histórico de anemia, diabetes ou hipertensão arterial controlada.	Lidocaína 2%, com epinefrina de 1:100.000 ou 1:200.000.
Gestantes com hipertensão arterial não controlada.*	Prilocaína 3%, com felipressina ou mepivacaína 3%, sem vasoconstritor.
Gestantes com hipertensão arterial não controlada ou histórico de anemia.	Mepivacaína 3%, sem vasoconstritor.

*Avaliar os riscos/benefícios do procedimento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Andrade (2014) [2].

Com relação ao controle da dor e infecção, o cenário ideal inclui sempre a remoção da causa, por exemplo, descontaminação local, instrumentação dos canais radiculares, periodontal ou drenagem de abscessos, pulpotomia, pulpectomia. Nos casos em que a prescrição medicamentosa for necessária, optar por [2,4,3,4,5,6,7,8,9,10]:

- Analgésicos: paracetamol de 500-750mg, 6/6h, por tempo restrito.
- Anti-inflamatórios: avaliar a necessidade de uso. Acima de 20 semanas de gravidez o uso de AINES deve ser evitado devido ao risco de problemas renais (como disfunção renal fetal) que podem levar a oligoidrânio e outras complicações. Não deve ser utilizado acima de 30 semanas pelo risco de fechamento prematuro do ducto arterioso. Quando houver indicação, usar a dose mínima eficaz, e optar por dexametasona ou betametasona 2-4mg, em dose única, para ambas medicações.
- Antibióticos: o uso de antibióticos associado aos procedimentos de descontaminação local é indicado somente quando há infecções com sinais de disseminação local (celulite, linfadenite, limitação de abertura bucal) ou sistêmicas (febre, taquicardia, mal-estar). A primeira escolha é amoxicilina 500mg, 8/8h ou amoxicilina-clavulanato 875/125mg, 12/12h. Se alergia às penicilinas, pode-se prescrever clindamicina 300mg, 8/8h. Na presença de infecções mais avançadas, quando há predomínio de bactérias gram-negativas, como por exemplo, na doença periodontal, a amoxicilina 500mg, 8/8h, associada a metronidazol 250mg, 8/8h, pode ser utilizada. O tempo de uso dos antibióticos depende da evolução da infecção. Nos casos de abscessos apicais agudos, a prescrição pode ser inicialmente de 3 dias, seguido de reavaliação. A média da terapia é de 3 a 5 dias. O parâmetro para avaliar a interrupção do tratamento consiste na remissão de sinais e sintomas.
- Discutir entre a equipe responsável pelo paciente e avaliar o potencial de risco/benefício dos medicamentos.

As evidências sugerem que gestantes com doenças periodontais apresentam maior risco de infecções e parto prematuro [11]. Assim, a gestante deve ser orientada a realizar acompanhamento

odontológico como parte do seu pré-natal [1,12], otimizar os cuidados com a higiene bucal, utilizar cremes dentais fluoretados com pelo menos 1.000 ppm, uso de fio dental e dieta menos cariogênica, com baixo consumo de alimentos ricos em açúcar [4,7,8]. Esses cuidados são essenciais para prevenir alterações bucais neste período e contribuir para a saúde integral da gestante [4,12].

Referências:

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 23 Maio 2022]. Série A Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, 17. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf.
2. Andrade, ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas – Divisão Odontológica; 2014.
3. Varellis MLZ. O paciente com necessidades especiais na odontologia: manual prático. 3a ed. São Paulo: Editora Santos; 2017.
4. Oliveira AEF, Haddad AE, organizadoras. Saúde bucal da gestante: acompanhamento integral em saúde da gestante e da puérpera. São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/10865/1/Sa%C3%BAde%20Bucal%20da%20Gestante_Portugu%C3%AAs_978-85-7862-779-9.pdf.
5. Favero V, Bacci C, Volpato A, Bandiera M, Favero L, Zanette G. Pregnancy and Dentistry: a literature review on risk management during dental surgical procedures. Dent J (Basel). 2021;9(4):46. Doi [10.3390/dj9040046](https://doi.org/10.3390/dj9040046).
6. Wannmacher L, Ferreiras MBC. Farmacologia clínica para dentistas. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
7. U.S. Food and Drug Administration. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): drug safety communication: avoid use of NSAIDs in pregnancy at 20 weeks or later. Washington, DC; 15 Oct 2020 [citado em 23 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.fda.gov/safety/medical-product-safety-information/nonsteroidal-anti-inflammatory-drugs-nsaids-drug-safety-communication-avoid-use-nsaids-pregnancy-20>.
8. Bermas BL. Safety of rheumatic disease medication use during pregnancy and lactation. Waltham (MA): UpToDate; 4 Feb 2022 [citado em 23 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/safety-of-rheumatic-disease-medication-use-during-pregnancy-and-lactation>.
9. Chow AW. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections. Waltham (MA): UpToDate 28 Ago 2020 [citado em 23 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/complications-diagnosis-and-treatment-of-odontogenic-infections>.
10. American Academy of Periodontology. Expectant mothers' periodontal health vital to health of her baby. ScienceDaily, Chicago; 2013. Disponível em: www.sciencedaily.com/releases/2013/08/130828092310.htm
11. Manrique-Corredor EJ, Orozco-Beltran D, Lopez-Pineda A, Quesada JA, Gil-Guillen VF, Carratala-Munuera C. Maternal periodontitis and preterm birth: systematic review and meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol. 2019 June;47(3):243-51. Doi [10.1111/cdoe.12450](https://doi.org/10.1111/cdoe.12450).
12. Steinberg BJ, Hilton IV, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. Dent Clin North Am. 2013;57(2):195-210. [Errata: Dent Clin North Am. 2013 July;57(3):ix.]. Doi [10.1016/j.cden.2013.01.002](https://doi.org/10.1016/j.cden.2013.01.002).

Maio de 2022

Como fazer o rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis?

Autoria

Alexandre Wahl Hennigen
Renata Rosa de Carvalho

Revisão Técnica

Elise Botteselle de Oliveira

A periodicidade do rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis (IST) deve ser direcionada ao grupo populacional, conforme idade, práticas sexuais e comorbidades presentes descritas no quadro 1 [1,2].

Quadro 1 – Periodicidade do rastreamento de IST conforme grupo populacional

Grupo populacional	HIV	Sífilis	Clamídia e gonococo	Hepatite B e C
Pessoas com menos de 30 anos	Anual		Conforme subgrupo e práticas sexuais.	
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> – Na primeira consulta de pré-natal; – no início do 3o trimestre (28a semana); – no momento do parto, independente de exames anteriores; – em caso de aborto/natimorto, testar novamente para sífilis. 		Na primeira consulta do pré natal (se a gestante tiver menos de 30 anos).	Na primeira consulta de pré-natal.
Gays e HSH, trabalhadores do sexo, travestis e transexuais e pessoas que usam álcool ou outras drogas	Semestral		Conforme subgrupo e práticas sexuais.	Semestral a anual.
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico.		No momento do diagnóstico.	
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais ou tuberculose	No momento do diagnóstico	–	–	–
Pessoas vivendo com HIV	–	Semestral	No momento do diagnóstico. Posteriormente, conforme subgrupo e práticas sexuais.	Semestral a anual.
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			Semestral a anual.
População privada de liberdade	Anual	Semestral	–	Semestral a anual.

Grupo populacional	HIV	Sífilis	Clamídia e gonococo	Hepatite B e C
Violência sexual	No atendimento inicial, 4 a 6 semanas após a exposição e 3 meses após a exposição.	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição.		Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída*; Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses.
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço.	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial, 4 a 6 semanas após a exposição e 3 meses após a exposição.	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição.	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição (exceto em casos de acidente com material biológico).	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída*; Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses.
Mulheres que têm relações sexuais com mulheres ou com mulheres e homens	Não se deve partir do pressuposto que mulheres que se relacionam com mulheres ou mulheres que se relacionam com mulheres e homens tenham risco menor para IST com base na sua orientação sexual. O rastreamento para câncer de colo de útero e IST deve ser realizado conforme as diretrizes existentes para mulheres, após discussão sobre fatores de risco sexuais e comportamentais.			

HIV: vírus da imunodeficiência humana. HSH: homens que fazem sexo com homens; IST: infecção sexualmente transmissível; PEP: profilaxia pós-exposição ao HIV; PrEP: profilaxia pré-exposição ao HIV.

*Em caso de HbsAg (teste rápido ou imunoensaio laboratorial) não reagente em indivíduos suscetíveis, iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B e avaliar a indicação de IGHAHB. O anti-HBs deve ser realizado preferencialmente 1 a 2 meses após a última dose da vacina (ou em até 6 meses) e, nos casos em que a IGHAHB foi aplicada, pelo menos 6 meses após a última dose de IGHAHB.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde (2022a, 2022b), Ghanem e Tuddenham (2022), Dynamed (2022) [1–4].

Deve-se dar preferência para teste rápido nos rastreamentos, exceto em pacientes com história de infecção prévia de sífilis, pois os testes treponêmicos tendem a ficar positivos permanentemente [1,5].

A detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular é o teste de escolha para rastreamento dessas infecções e o sítio de coleta dependerá da prática sexual realizada pela pessoa (quadro 2) [1,2,6,7,8,9,10,11]. Não há indicação para rastreamento de infecção por clamídia com método sorológico (IgG ou IgM) por não serem específicos em relação à espécie e por não diferenciarem infecção pregressa de infecção ativa [12,13].

Quadro 2 – Orientações para coleta de swab de acordo com a prática sexual

Prática sexual	Sítio de coleta	Orientações
Sexo oral sem preservativo	Orofaringe	Utilizar o swab para coletar amostra da região da faringe posterior, acima da borda inferior do palato mole e das criptas tonsilares.
Sexo anal receptivo sem preservativo	Ânus	O swab deve ser inserido de 2 a 3 cm no reto, girando contra a parede retal por 10 segundos. Se ocorrer contaminação por fezes, descarte a haste e use outra para a obtenção do espécime. Em pacientes sintomáticos, espécimes anorretais devem ser obtidos preferencialmente sob visão direta após a inserção de um proctoscópio.
Sexo vaginal receptivo sem preservativo	Genital (secreção vaginal e amostras endocervicais)	Ao coletar o material genital, o swab deve ser inserido de 1 a 2 cm dentro do orifício cervical e rotado duas ou mais vezes, sendo retirado depois sem encostar nas paredes da vagina. Em mulheres, a análise da urina pode detectar até 10% a menos de infecções quando comparado à coleta de material vaginal ou endocervical.
Sexo insertivo sem preservativo	Urina (preferencialmente) ou uretra	Deve ser coletada urina após o paciente ficar aproximadamente 1 hora sem urinar e sem desprezar o primeiro jato. O material do interior da uretra (2 a 4 cm para dentro) deve ser coletado mesmo que haja exsudato no meato.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde (2022), Ghanem e Tuddenham (2022) Dynamed (2021a, 2021b, 2023a, 2023b, 2023c), Hsu (2022) [1,2,6–12,14].

Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível à hepatite B, aquela que não tenha registro de esquema vacinal completo e que apresente HBsAg ou teste rápido não reagente [1]. Não há indicação de realização de anti-HBs após a vacinação na população em geral devido à alta eficácia da vacina [15]. Saiba mais sobre quando solicitar anti-HBs após a vacinação [aqui](#).

Em algumas localidades, como o estado de São Paulo, está disponível a vacinação contra hepatite A para grupos vulneráveis, como gays, outros homens que fazem sexo com homens, travestis e pessoas trans [13,15].

É recomendada a realização de teste rápido em gestantes com fatores de risco para infecção por HCV, como: infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, realização de hemodiálise e elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente [1].

Não há indicação de se fazer rastreamento para herpes [2,16,17]

Referências:

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022a p. 215. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.
2. Ghanem KG, Tuddenham S. Screening for sexually transmitted infections [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-sexually-transmitted-infections>.
3. Dynamed. Primary and reproductive care for sexual minority women [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022a [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/management/primary-and-reproductive-care-for-sexual-minority-women>.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022b p. 228. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf.
5. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS, Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Telecondutas: sífilis: versão digital 2020 [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2020 [citado 5 de junho de 2023]. 42 p. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_sifilis.pdf.
6. Dynamed. Chlamydia genital infection [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023a [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/chlamydia-genital-infection>.
7. Dynamed. Gonococcal Urethritis [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023b [citado 2 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/gonococcal-urethritis>.
8. Dynamed. Gonococcal Cervicitis [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023c [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/gonococcal-cervicitis>.
9. Dynamed. Gonococcal Pharyngitis [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2021a [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/gonococcal-pharyngitis>.
10. Dynamed. Gonococcal Proctitis [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2021b [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/gonococcal-proctitis>.

11. Dynamed. Chlamydia trachomatis nucleic acid amplification test [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/lab-monograph/chlamydia-trachomatis-nucleic-acid-amplification-test>.
12. Hsu K. Clinical manifestations and diagnosis of Chlamydia trachomatis infections [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-chlamydia-trachomatis-infections>.
13. World Health Organization, Ministério da Saúde (Brasil). Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado 5 de junho de 2023]. 270 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85343/9789241505840_por.pdf.
14. Dynamed. Measurement of Chlamydia antibody [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/lab-monograph/measurement-of-chlamydia-antibody>.
15. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Quais as indicações de realização de anti-HBs após esquema vacinal para hepatite B? [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2019 [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/quais-as-indicacoes-de-realizacao-de-anti-hbs-apos-esquema-vacinal-para-hepatite-b/>.
16. Dynamed. Genital Herpes [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023c [citado 5 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/genital-herpes>.
17. Albrecht MA. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of genital herpes simplex virus infection [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 6 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-genital-herpes-simplex-virus-infection>.

Junho de 2022

Deve-se realizar antibioticoterapia profilática em mordeduras por animais?

Autoria

Laureen Engel

Elise Botteselle de Oliveira

Revisão Técnica

Kelli Wagner Gomes

Renata Rosa de Carvalho

O uso de antibiótico para profilaxia de infecção em mordeduras por cães ou gatos é controverso e não deve ser realizado de rotina. A prescrição deve avaliar a gravidade do ferimento, o animal responsável pela mordedura e as comorbidades do paciente [1,2,3,4]. As indicações de profilaxia antibiótica estão descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Indicação de profilaxia em mordeduras animais

	Gatos	Cães e pequenos animais de estimação*
Profilaxia indicada	Ferimento com ruptura da pele e presença de sangue.	Ferimento com ruptura da pele com presença de sangue associado a: – envolvimento de estrutura óssea, tendão, articulação ou estruturas vasculares; OU – ferimento profundo (punctiforme), esmagamento ou dano significativo ao tecido; OU – ferimento visivelmente contaminado (presença de sujidade ou dente do animal na ferida).
Considerar profilaxia	Ferimento profundo (punctiforme) sem presença de sangue.	Ferimento com ruptura da pele com presença de sangue associado a: – envolvimento de área de alto risco, como mãos, pés, face, genitais, próximo a estruturas cartilaginosas ou uma área de má circulação; OU – pessoa com risco de infecção grave (presença de diabetes, imunossupressão, asplenia ou doença hepática descompensada).

* Não há literatura específica para profilaxia antibiótica em mordidas por animais domésticos não convencionais como coelhos, roedores, porquinhos-da-Índia, esquilos. Sugere-se utilizar as mesmas indicações da mordedura por cães.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Nice (2020), Dynamed (2018) e Kimberlin et al. (2021) [1,4,5].

Quando indicada, a profilaxia antibiótica deve ter duração entre 3 e 5 dias [1, 2, 3, 4]. Os esquemas indicados estão descritos no quadro 2.

Quadro 2 – Profilaxia antibiótica para mordeduras de animais

Adultos ¹	Crianças
Primeira escolha – Monoterapia	
– Amoxicilina+clavulanato 500/125mg, 8/8h	– Amoxicilina+clavulanato 25mg/kg/dia, 8/8h
Segunda escolha – Associação	
– Doxiciclina 100mg, 12/12h; OU – Sulfametoxazol-trimetoprima 800/160mg, 12/12h; OU – Cefuroxima 500mg, 12/12h; OU – Ciprofloxacino ⁴ 500-750mg, 12/12h; OU – Levofloxacino ⁴ 750mg, 24/24h. Associado a: – Metronidazol 400-500mg, 8/8h; OU – Clindamicina 300-450mg, 8/8h.	– Doxiciclina ² 100mg/dose, 12/12h; OU – Sulfametoxazol-trimetoprima ³ 8-12mg/kg/dia (trimetoprima), 12/12h; OU – Cefuroxima 10-15mg/kg, 12/12h; OU – Ciprofloxacino ⁴ 10-15mg/kg, 12/12h; OU – Levofloxacino ⁴ 8-10mg/kg, 12/12h. Associado a: – Metronidazol 10mg/kg, 8/8h; OU – Clindamicina 10mg/kg, 8/8h.
Terceira escolha – Monoterapia	
– Moxifloxacino 400mg, 24/24h.	Não recomendado.

¹ Não há estudos sobre profilaxia de mordeduras animais na gestação.

² Uso com cautela em crianças menores de 8 anos devido a possibilidade de alterações dentárias.

Esquema de escolha em crianças entre 12 e 18 anos que tem contra-indicação ao uso de amoxicilina+clavulanato.

³ Esquema de escolha em crianças menores de 12 anos que tem contra-indicação ao uso de amoxicilina+clavulanato.

⁴ Uso com cautela em crianças. Tanto em crianças como adultos, deve ser utilizado na impossibilidade do uso de outras opções medicamentosas mais eficazes e/ou seguras.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de NICE (2020), Stevens et al. (2014), Baddour e Harper (2021), Dynamed (2018) e IBM Micromedex (2022, 2022) [1,2,3,4,6,7].

Sugere-se reavaliação da ferida em 48 horas [4,8]. Acidentes envolvendo mordeduras por animais devem ser avaliados também quanto à indicação de profilaxia da raiva humana ([veja aqui link](#)) e do tétano ([veja aqui link](#)).

Referências:

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Human and animal bites: antimicrobial prescribing. London; 4 Nov 2020 [citado em 25 Maio 2022]. NICE guideline, NG184. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng184/chapter/Recommendations>.
2. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014 July;59:e10–52. Doi [10.1093/cid/ciu444](https://doi.org/10.1093/cid/ciu444).
3. Baddour LM, Harper M. Animal bites (dogs, cats, and other animals): evaluation and management. Waltham (MA): UpToDate; 25 Mar 2021 [citado em 25 Maio 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?topicRef=110529&source=see_link.
4. Dynamed. Mammalian bite [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995 [atualizado em 2018, citado em 25 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/mammalian-bite>.
5. Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, editors. Red book: 2021–2024: report of the Committee on Infectious Diseases. 32a ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021.
6. IBM Micromedex. Sulfamethoxazole/Trimethoprim. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 12 Apr 2022 [citado em 25 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/drug-monograph/sulfamethoxazole-trimethoprim>.
7. IBM Micromedex. Amoxicillin-Clavulanate. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 27 Jan 2022 [citado em 25 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/drug-monograph/amoxicillin-clavulanate>.
8. Bula-Rudas FJ, Olcott JL. Human and animal bites. Pediatr Rev. 2018 Oct;39(10):490-500. Doi [10.1542/pir.2017-0212](https://doi.org/10.1542/pir.2017-0212).

Junho de 2022

Qual o tratamento de náuseas e vômitos na gestação?

Autoria

Laureen Engel

Ellen Machado Arlindo

Revisão Técnica

Elise Botteselle de Oliveira

Luiza Emilia Bezerra Medeiros

O tratamento de náuseas e vômitos na gestação é baseado em orientações não farmacológicas e medicamentos antieméticos, com objetivo de controle de sintomas e redução de complicações. Conforme a gravidade do caso, pode ser necessária internação hospitalar [1,2,3,]. Até o momento não há evidências científicas sólidas que comprovem o benefício ou superioridade de qualquer intervenção nos casos de náuseas e vômitos leves a moderados [5]. As orientações de alimentação e rotina para manejo de náuseas podem ser encontradas no quadro 1.

Quadro 1 – Manejo não farmacológico da náusea

Manejo não farmacológico da náusea
Alimentação fracionada em pequenas porções, em torno de 6 refeições/dia. Realizar lanches assim que levantar pela manhã ou durante a noite podem ajudar, sugerindo-se bolachas salgadas. Preferir comidas sólidas e geladas, principalmente pela manhã.
Verificar quais alimentos são melhor tolerados e priorizá-los, organizando sua dieta. Algumas pessoas percebem melhora dos sintomas ao evitar café, pimenta, alimentos gordurosos, ácidos ou muito doces.
Preferir refeições salgadas, secas, com alto teor proteico, pouco gordurosas e com baixo teor de fibras. Sugestões: nozes, biscoitos, torradas, cereais, ovo, tofu, legumes, frutas, carne magra.
Evitar consumo de líquidos durante a refeição, tentando intervalo de pelo menos 30 minutos até a ingestão de líquidos. Líquidos são melhor tolerados se gelados e em pequenas quantidades.
Evitar gatilhos ambientais, que devem ser identificados de forma individual, como por exemplo: locais abafados, odores em geral, calor, umidade, barulho, movimento físico ou visual (viagem de carro, por exemplo).
Evitar deitar logo após comer, deitar em decúbito lateral esquerdo e realizar mudanças bruscas de posição.
Reforçar medidas de higiene do sono; reforçar importância de descanso adequado e evitar privação de sono.
Escovar os dentes após as refeições e lavar a boca com mais frequência.
Ingerir ou mascar alimentos com menta ou gengibre (balas, gomas, chás).
Acupuntura ou massagem/acupressão no ponto P6 (localizado no antebraço, região anterior, 3 dedos abaixo do punho, entre os tendões).
Avaliar a necessidade de manter suplementação com sulfato ferroso e, se necessário, trocar para formulações de ferro que têm maior tolerabilidade.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Smith, Fox e Clark (2022), Dynamed (2018) e Committee on Practice Bulletins-Obstetrics (2018) [1,2,4].

Se houver persistência dos sintomas apesar do tratamento não farmacológico é necessário iniciar tratamento medicamentoso, que pode ser encontrado no quadro 2.

Quadro 2 – Opções medicamentosas para náuseas e vômitos na gestação

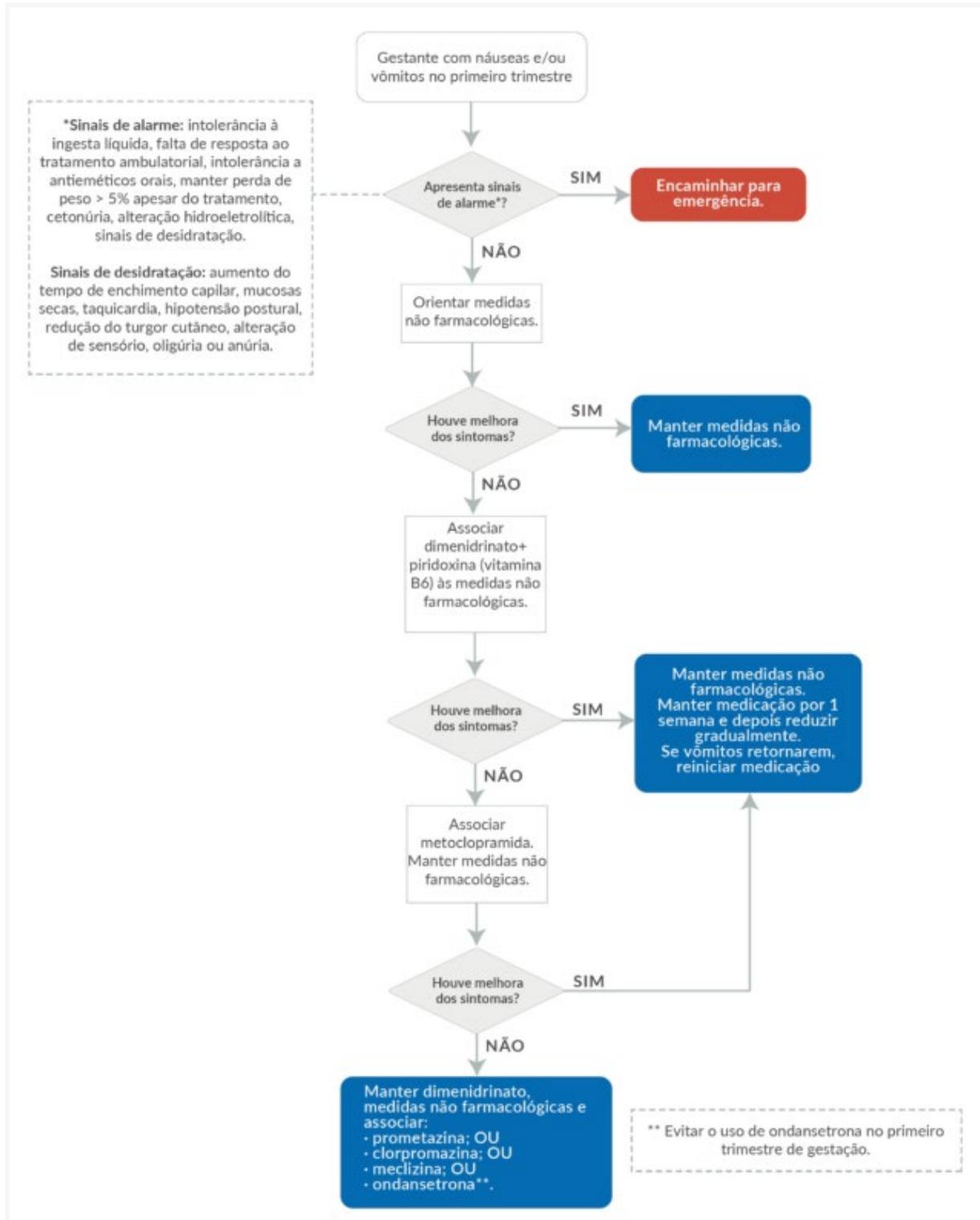
Medicamento	Dose usual	Categoria FDA	Observações
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10mg (Vitamina B6)*	50mg, 6/6h. Máximo: 200mg/dia.	B	Pode causar sonolência.
Metoclopramida	5 a 10mg, 6/6h ou 8/8h.	B	Atentar para distúrbios de movimento (discinesia) maternos e suspender medicação se ocorrerem.
Prometazina	12,5 a 25mg, 4/4h.	C	Efeitos adversos: sedação e distonia. Não associar com metoclopramida pelo risco de sintomas extrapiramidais.
Meclizina	25mg, 4/4h ou de 6/6h.	B	Não é o anti-histamínico de primeira escolha na gestação.
Clorpromazina	10 a 25mg, 6/6h.	C	Não associar com metoclopramida pelo risco de sintomas extrapiramidais.
Ondansetron	4 a 8mg, 6/6h.	B	Evitar uso no primeiro trimestre da gestação.

*A Piridoxina pode ser utilizada de forma isolada, se disponível, na dose de 10mg, 6/6h (dose máxima 40mg/dia).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Smith, Fox e Clark (2022), Dynamed (2018), Committee on Practice Bulletins-Obstetrics (2018), Kulay Junior, Kulay e Lapa (2011), Ministério da Saúde (2010) [1,2,4,6,7].

Náuseas e vômitos na gestação são queixas comuns e ocorrem predominantemente ao longo do primeiro trimestre, mas uma pequena parcela das pacientes pode evoluir com sintomas até o terceiro trimestre ou desenvolver a forma grave desses sintomas – hiperêmese gravídica. Quando não tratada, a hiperêmese gravídica pode levar à significativa morbidade materna e fetal. Assim, a identificação e o manejo precoce das náuseas e vômitos na gestação é fundamental para evitar internações e complicações decorrentes da progressão dos sintomas [1,2,3]. A avaliação inicial e manejo dos sintomas na gestação pode ser encontrado no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 – Avaliação inicial e manejo de náuseas e vômitos no primeiro trimestre da gestação



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Smith, Fox e Clark (2022), Dynamed (2018,2019), Ministério da Saúde (2010,2022), Committee on Practice Bulletins-Obstetrics (2018), Kulay Junior, Kulay e Lapa (2011) e Smith, Fox e Clark (2022) [1,2,3,4,6,7,8,9].

[Clique aqui para fazer download do fluxograma](#)

O primeiro passo na avaliação é determinar se há sinais de desidratação, que incluem aumento do tempo de enchimento capilar, mucosas secas, taquicardia, hipotensão postural, redução do turgor cutâneo, alteração de sensório, oligúria ou anúria. Se identificados, deve-se encaminhar a paciente para avaliação em emergência [9]. Além disso, também está indicado avaliação em emergência se a gestante apresentar intolerância à ingesta líquida, falta de resposta ao tratamento ambulatorial associado a cetonúria, intolerância a antieméticos orais, perda de peso > 5% apesar do tratamento e alteração hidroeletrolítica [1,2].

Nas gestantes sem indicação de avaliação em emergência, o manejo ambulatorial inicia-se com as medidas comportamentais descritas no quadro 1 [1,2,10]. Havendo melhora dos sintomas, orienta-se manter as medidas comportamentais até resolução completa dos sintomas e após retomar gradativamente à rotina habitual. Se não houver melhora com o tratamento conservador ou quando a gestante apresenta vômitos associados, além das medidas comportamentais, está indicado o uso de dimenidrinato+piridoxina [1,2,4]. Se disponível, o uso de piridoxina isolado e, após, associado ao dimenidrinato é uma alternativa possível. Na refratariedade dos sintomas, pode-se associar metoclopramida [1,2,4].

O questionário PUQE (quadro 3) também pode auxiliar na tomada de decisão ao avaliar a gestante com náuseas e vômitos. Pacientes com quadros moderados a graves devem ser atendidos em ambiente hospitalar, para avaliação de hipovolemia e distúrbio hidroeletrolítico.

Quadro 3 – Escore PUQE (Pregnancy Unique Quantification of Emesis)

Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 12 horas?				
Nunca – 1	Até 4 horas – 2	Até 8 horas – 3	Até 12 horas – 4	> 12 horas – 5
Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 12 horas?				
Nenhum – 1	1 episódio – 2	Até 3 episódios – 3	Até 4 episódios – 4	> de 5 episódios – 5
Em quantos momentos observou salivação intensa e esforço de vômito nas últimas 12 horas?				
Nenhum – 1	Até 3 vezes – 2	Até 5 vezes – 3	Até 8 vezes – 4	Todo o tempo – 5
Classificação: 6 pontos ou menos: forma leve. entre 7 e 11 pontos: forma moderada. 12 pontos ou mais: forma grave.				

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), Adaptado de Smith, Fox e Clark (2022) e Koren et al. (2005) [8,11].

A hiperêmese gravídica deve ser suspeitada na presença de um ou mais critérios descritos no quadro 4 [2,8]. Os sintomas iniciam por volta da 5ª semana de gestação, têm seu pico com 9 semanas e regredem a partir das 16 semanas. Entretanto, cerca de 15% das pacientes podem manter sintomas até o terceiro trimestre [2,8].

Quadro 4 – Diagnóstico de hiperêmese gravídica

Vômitos persistentes acompanhados de perda de mais de 5% do peso pré-gestacional e cetonúria; OU
Vômitos que ocorrem mais de três vezes ao dia, associado a perda de 5% do peso (ou pelo menos 3kg) e cetonúria; OU

Náusea e vômitos na gestação que preenchem TODOS os critérios:

- Início antes de 16 semanas de gestação;
- Sintomas graves;
- Impossibilidade de comer e beber normalmente;
- Limitação das atividades de vida diária.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Smith, Fox e Clark (2022) e Dynamed (2018,2019) [1,2,9].

Em casos de náuseas e vômitos persistentes ou hiperêmese gravídica, a avaliação inicial inclui anamnese, cálculo do índice de massa corpórea (IMC), aferição da pressão arterial e avaliação de hipotensão postural, ausculta de batimentos cardíacos (BCF) e exames laboratoriais. Se não realizado previamente, ultrassonografia obstétrica deve ser solicitada para descartar gestação múltipla ou mola hidatiforme. A avaliação laboratorial inicial inclui hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, bilirrubinas, sódio e potássio, creatinina, EQU (cetonas na urina) [2,8].

Na gestante que inicia ou apresenta piora dos sintomas de náuseas e vômitos no terceiro trimestre, é importante atentar para diagnósticos diferenciais como pré-eclâmpsia, Síndrome HELLP e fígado gorduroso agudo da gestação. Nesses casos, os achados de hipertensão, alteração de transaminases e trombocitopenia costumam estar presentes [2,4,8].

Referências:

1. Smith JA, Fox KA, Clark SM. Nausea and vomiting of pregnancy: treatment and outcome [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 23 Feb 2022 [citado em 26 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome>.
2. Dynamed. Record nº T114643, Nausea and vomiting in pregnancy [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995 [atualizado em 30 Nov 2018, citado em 26 Maio 2022].
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 26 Maio 2022]. Versão preliminar. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA4Ng==>.
4. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics (ACOG). ACOG Practice Bulletin nº 189: nausea and vomiting of pregnancy. Obstet Gynecol. 2018 Jan;131(1):e15-30. Doi [10.1097/AOG.0000000000002456](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002456).
5. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 8;2015(9):CD007575. Doi [10.1002/14651858.CD007575.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007575.pub4).
6. Kulay Junior L, Kulay MNC, Lapa AJ. Medicamentos na gravidez e na lactação: guia prático. 3a ed. rev. ampl. Barueri: Manole; 2011.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 60, de 17 de dezembro de 2010. Estabelece frases de alerta para princípios ativos e excipientes em bulas e rotulagem de medicamentos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 244, p. 82, 22 Dez 2010 [citado em 26 Maio 2022]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2010/dezembro/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-242-22.12.2010/legislacaofederal/u_rs-ms-anvisa-rdc-60_171210.pdf.
8. Smith JA, Fox KA, Clark SM. Nausea and vomiting of pregnancy: clinical findings and evaluation [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 28 Apr 2022 [citado em 26 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-clinical-findings-and-evaluation>.
9. Dynamed. Dehydration and hypovolemia in adults [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995 [atualizado em 2019, citado em 26 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/dehydration-and-hypovolemia-in-adults>.
10. Passos EP, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JA, Menke CH, Freitas F. Rotinas em ginecologia. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
11. Koren G, Piwko C, Ahn E, Boskovic R, Maltepe C, Einarson A, et al. Validation studies of the Pregnancy Unique-Quantification of Emesis (PUQE) scores. J Obstet Gynaecol. 2005 Apr;25(3):241-4. Doi [10.1080/01443610500060651](https://doi.org/10.1080/01443610500060651).

Junho de 2022

Quais são as causas e como tratar a estomatite aftosa recorrente (aftas)?

Autoria

Ingrid da Silva Santos
Michelle Roxo Gonçalves

Revisão Técnica

Elise Botteselle de Oliveira

A estomatite aftosa recorrente (EAR), também chamada de afta, apresenta etiologia não totalmente conhecida, geralmente multifatorial, podendo ter fatores predisponentes tanto locais como sistêmicos, assim como pode ser uma manifestação secundária de doenças sistêmicas [1,2,3,4]. No quadro 1 apresentam-se as possíveis causas relacionadas com a EAR. A EAR é considerada a doença ulcerada mais comum da boca, caracterizada por úlceras dolorosas que acometem a cavidade bucal, principalmente áreas não ceratinizadas como mucosa labial, mucosa jugal, assoalho, ventre de língua e palato mole [2,3]. Pode manifestar-se de três maneiras: ulcerações aftosas menores, maiores ou herpetiformes (figura 1) [1,2]. O tratamento para as aftas visa reduzir os sintomas e acelerar o processo de cicatrização, não havendo uma terapia padrão, conforme quadros 2 e 3 [1,2,3].

Quadro 1 – Fatores relacionados a estomatites aftosas recorrentes

Fatores locais
<ul style="list-style-type: none"> – Trauma. – Alergia por contato: conservantes, corantes, lauril sulfato de sódio presente em alguns dentifrícios fluoretados.
Fatores sistêmicos
<ul style="list-style-type: none"> – Predisposição genética: história familiar de EAR. – Fatores imunológicos: doenças imunológicas mediadas pelas células T, deficiência de IgA. – Deficiências nutricionais: vitamina B12, ácido fólico, ferro, zinco.
Manifestação secundária de outras doenças
<ul style="list-style-type: none"> – Condição imunossupressora (infecção por EBV ou HIV). – Doença de Behçet. – Doença celíaca. – Doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Neville et al. (2016), Brice (2022), Chiang et al. (2019), Khan et al. (2013) [1,2,5,6].

Figura 1 – Manifestações clínicas das ulcerações aftosas



(A) Úlcera aftosa menor: manifestação mais comum caracterizada por úlceras únicas ou múltiplas, rasas, medindo até 1cm de diâmetro, circundada por um halo eritematoso e curso clínico de 7 a 14 dias sem deixar cicatriz.

(B) Úlcera aftosa maior: úlceras mais profundas e extensas (1 a 3cm), episódios de maior duração, podendo causar cicatriz.

(C) Úlcera herpetiforme: menos frequente, caracteriza-se por úlceras pequenas (1-3 mm), no qual podem coalescer e formar úlceras maiores e irregulares. A designação "herpetiforme" é devido a semelhança com as características clínicas da infecção primária pelo vírus do herpes.

Fonte: Neville et al. (2016) [1].

Paciente com EAR devem ser avaliados quanto à presença de condições sistêmicas de acordo com os achados da anamnese e do exame físico nos casos de [2,7]:

- Lesões muito frequentes e/ou extensas;
- Lesões em pele ou genitália associadas;
- Outros sinais e/ou sintomas sistêmicos, como por exemplo: disfagia, rouquidão, irritação ocular, disúria, hematúria, desconforto gastrointestinal.

Tratamento

As alternativas de tratamento apresentam taxas de sucesso variáveis. A primeira abordagem inclui medidas de suporte [2,3] e deve ser orientada de acordo com a complexidade do quadro clínico e a sintomatologia [1,2,3,4,5,6,7,8].

Quadro 2 – Medidas de suporte geral

Reforço da higiene bucal
<ul style="list-style-type: none">– Uso de escova de dentes macia.– Fio dental tipo fita geralmente é mais bem tolerado.– Considerar substituir o creme dental por formulações sem o composto 'lauril sulfato de sódio'* ou por creme dental fluoretado infantil, especialmente em quadros persistentes.– Limpezas profissionais (profilaxia pelo dentista) devem ser realizadas com maior frequência e de forma cautelosa.
Evitar possíveis fatores desencadeadores
<ul style="list-style-type: none">– Avaliação odontológica para reduzir fatores traumáticos como: restaurações pontiagudas/ ásperas, aparelho ortodôntico.– Evitar hábitos de morder bochechas ou lábios e alimentos que parecem exacerbar o processo.
Controle da dor
<p>Podem ser utilizados anestésicos tópicos para alívio temporário:</p> <ul style="list-style-type: none">– Lidocaína 2% gel ou spray (manipulada): aplicar antes das refeições e da higiene bucal.
Controle da infecção secundária
<p>Úlceras extensas, ou aqueles fazendo uso de terapia imunossupressora sistêmica ou tópica:</p> <ul style="list-style-type: none">– Digluconato de clorexidina 0,12%: bochechar 15mL e cuspir, 2x/dia, durante 7 dias.

*Cremes dentais sem o composto 'lauril sulfato de sódio', disponíveis comercialmente no Brasil: creme dental Elmex anticáries®, Curaprox enzymal 1450®, Sensodyne original®.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Neville et al. (2016), Brice (2022) e Dynamed (2017), [1,2,3].

Quadro 3 – Tratamento de acordo com a complexidade da doença

Terapia tópica (Doença leve a moderada)*
<p>Os corticosteroides tópicos constituem a primeira linha de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none">– Múltiplas lesões: elixir de dexametasona 0,5mg/5mL, bochechar 5mL, 3 a 4 x/dia, por 7 a 14 dias, dependendo do quadro clínico e da reavaliação. Orientar a manter o medicamento na boca por 5 minutos antes de cuspir.– Lesão única: acetonido de triancinolona 1mg – orabase: aplicar uma camada fina, 4x/dia, por 7 a 14 dias, dependendo do quadro clínico e da reavaliação. <p>Opção terapêutica se não houver resolução:</p> <ul style="list-style-type: none">– Propionato de clobetasol 0,05% (gel sob manipulação): aplicar uma pequena quantidade, 2 a 3x/ dia, por 7 a 14 dias, dependendo do quadro clínico e da reavaliação.
Terapia sistêmica (Doença refratária ou grave)
<p>Para pacientes com EAR grave ou refratária, lesões extensas e que não respondem mais as terapias tópicas:</p> <ul style="list-style-type: none">– Prednisona 20mg a 40 mg, durante 4 a 7 dias. <p>O uso intermitente de prednisona (até 3 vezes por ano) é o suficiente para esses pacientes. Considerar encaminhamento à estomatologia nos casos refratários.</p>
Terapia alternativa (Todos os casos com diagnóstico confirmado de EAR)
<p>Fotobiomodulação (terapia com laser): estudos têm demonstrado bons efeitos de analgesia e modulação do processo inflamatório, o que ocasiona o reparo dessas úlceras de forma mais rápida.</p>

*Em todas as prescrições, orientar o paciente: não enxaguar e evitar comer ou beber por 30 minutos após as aplicações.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Brice (2022), Dynamed (2017), Han et al. (2016); Santos et al. (2020), Sharma et al. (2018), TelessaúdeRS-UFRGS e Secretaria da Saúde (2018) e Millia et al. (2022) [2,3,8,9,10,11,12,13].

Referências:

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia oral e maxilofacial. 4a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 303-8.
2. Brice S. Recurrent aphthous stomatitis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 12 May 2022 [citado em 26 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-aphthous-stomatitis>.
3. Dynamed. Aphthous stomatitis [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995 [atualizado em 2017, citado em 26 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/aphthous-stomatitis>.
4. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
5. Chiang C-P, Chang JY-F, Wang Y-P, Wu Y-H, Wu Y-C, Sun A. Recurrent aphthous stomatitis: etiology, serum autoantibodies, anemia, hematinic deficiencies, and management. J Formos Med Assoc. 2019 Sep;118(9):1279-1289. Doi 10.1016/j.jfma.2018.10.023.
6. Khan NF, Saeed M, Chaudhary S, Khan NF. Haematological parameters and recurrent aphthous stomatitis. J Coll Physicians Surg Pak. 2013 Feb;23(2):124-7.
7. Tarakji B, Gazal G, Al-Maweri SA, Azzeghaiby SN, Alaizari N. Guideline for the diagnosis and treatment of recurrent aphthous stomatitis for dental practitioners. J Int Oral Health. 2015 May;7(5):74–80.
8. Han M, Fang H, Li Q-L, Cao Y, Xia R, Zhang Z-H. Effectiveness of laser therapy in the management of recurrent aphthous stomatitis: a systematic review. Scientifica. 2016 Dec 18;2016:9062430. Doi 10.1155/2016/9062430.
9. Santos JA, Normando AGC, Toledo IP, Melo G, Canto GL, Santos-Silva AR, et al. Laser therapy for recurrent aphthous stomatitis: an overview. Clin Oral Investig. 2020 Jan;24(1):37–45. Doi 10.1007/s00784-019-03144-z.
10. Sharma R, Pallagatti S, Aggarwal A, Sheikh S, Singh R, Gupta D. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial on clinical efficacy of topical agents in reducing pain and frequency of recurrent aphthous ulcers. Open Dent J. 2018 Sep 28;12:700-13. Doi 10.2174/1745017901814010700.
11. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS), Secretaria da Saúde (Rio Grande do Sul). Protocolos de encaminhamento para estomatologia adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 21 Maio 2018 [citado em 26 Maio 2022]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/estomatologia.pdf.
12. Milia E, Sotgiu MA, Spano G, Filigheddu E, Gallusi G, Campanella V. Recurrent aphthous stomatitis (RAS): guideline for differential diagnosis and management. Eur J Paediatr Dent. 2022;23(1):73-8. Doi 10.23804/ejpd.2022.23.01.14.

Mpox: o que é e quando notificar?

Autoria

Luiza Emilia Bezerra Medeiros
Rafaela Fernandes Barrêto

Revisão Técnica

Ana Cláudia Magnus Martins
Ana Flor Hexel Cornely
Elise Botteselle de Oliveira
Renata Rosa de Carvalho
Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro

Mpox, também conhecida como Monkeypox ou varíola dos macacos, é uma zoonose causada pelo vírus mpox. Apesar de endêmica em países da África Central e Ocidental, desde maio de 2022 há registros de surtos em regiões não endêmicas [1–4]. Como o cenário epidemiológico atual não tem relação com macacos, já que a transmissão do vírus mpox ocorre de humanos para humanos, o Ministério da Saúde optou por não denominar a doença no Brasil como “Monkeypox” ou “varíola dos macacos”, mas sim como “Mpox”, seguindo recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) [1,5,6].

O Ministério da Saúde considera as definições de caso apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Definições de caso para Mpox no Brasil

Caso suspeito
<p>Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de UM OU MAIS dos sinais e sintomas a seguir¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lesão em mucosas; E/OU ● Erupção cutânea aguda sugestiva² de Mpox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral); E/OU ● Oroctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento); E/OU ● Edema peniano.
Caso provável
<p>Caso que atende à definição de caso suspeito, que apresenta UM OU MAIS dos critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de Mpox não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de Mpox não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico-laboratorial de outro diagnóstico. Os critérios são:</p> <p>a) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU</p> <p>b) exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de Mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU</p> <p>c) contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de Mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU</p> <p>d) trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI)³ com história de contato com caso provável ou confirmado de Mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.</p>
Caso confirmado
<p>Caso suspeito com resultado laboratorial “Positivo/Detectável” para mpox vírus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).</p>
Caso descartado
<p>Caso suspeito com resultado laboratorial “Negativo/Não Detectável” para mpox vírus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento) OU sem resultado laboratorial para MPXV E realizado diagnóstico complementar que descarta Mpox como a principal hipótese de diagnóstico.</p>

¹Esse quadro clínico pode estar associado a outros sinais e sintomas.

²Lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central. Apesar da evolução característica das lesões de pele por meio de estágios sequenciais (mácula, pápula, vesícula, pústula e

crosta), tanto o MS como a OMS não exigem a descrição desses estágios para definição de caso suspeito de Mpox [7].

³Equipamentos de Proteção Individual (EPI): óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2022) e WHO (2022c) [1,7].

Em caso suspeito da doença, realizar o isolamento imediato do indivíduo e instituir precauções para contato e gotículas. As lesões de pele em áreas expostas devem ser protegidas por lençol, vestimentas ou avental com mangas longas. O isolamento do indivíduo só deverá ser encerrado após o desaparecimento completo das lesões [1,2,8–10]. Para mais sobre medidas de precaução a serem tomadas no atendimento de pacientes com suspeita ou diagnóstico de Mpox, clique [aqui](#).

É fundamental a investigação clínica e/ou laboratorial para descartar as doenças que se enquadram como diagnóstico diferencial, que incluem: varicela zoster, herpes zoster, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reação alérgica e quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular) [1-4]. Como há relatos de pacientes coinfectados com o vírus mpox e outros agentes infecciosos, pacientes com erupção cutânea característica devem ser investigados mesmo que outros testes sejam positivos [1-3].

As definições dos critérios epidemiológicos, informações a respeito de transmissibilidade e história natural da doença serão atualizadas mediante avanços das evidências científicas.

Os casos suspeitos, prováveis e confirmados de Mpox devem ser notificados de forma imediata, em até 24 horas [1]. As notificações devem ser realizadas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o e-SUS Sinan: <https://esussinan.saude.gov.br/login> [10].

Para acessar o e-SUS Sinan, o usuário deve inicialmente realizar o cadastro no Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso (SCPA) do Ministério da Saúde. Após cadastro no SCPA, o acesso ao e-SUS Sinan com o perfil “Notificador” é liberado automaticamente. Para incluir novas notificações, o usuário deverá clicar no menu “Nova notificação” [11].

O manual instrutivo para acesso ao e-SUS Sinan está disponível no [link](#).

As fichas do e-SUS Sinan têm dois módulos: notificação e investigação. As notificações serão inseridas por meio do menu “Nova Notificação”. O módulo de notificação é formado por informações referentes aos dados de notificação, à identificação do indivíduo notificado e aos dados clínicos. O menu “investigação”, por sua vez, dá acesso à edição de informações relacionadas ao tratamento, dados laboratoriais, diagnósticos complementares, dados individuais (comportamento sexual, histórico de IST, imunossupressão), exposição provável e classificação do caso [10, 11].

Ao final do preenchimento das fichas, as informações podem ser salvas para edição posterior ou prontamente finalizadas para envio à base de dados. As notificações podem ser consultadas quanto ao seu status de finalização, lembrando que a consulta é restrita à instância na qual o usuário está cadastrado [10, 11].

Após notificação, a unidade notificadora deve comunicar o caso à vigilância epidemiológica municipal e/ou estadual, de acordo com os fluxos locais [1,10]. Em caso de dúvidas, o Ministério da Saúde disponibiliza os seguintes canais para esclarecimentos a respeito da notificação imediata de casos suspeitos de Mpox [1]:

1. E-mail: notifica@saude.gov.br.
2. Telefone: 0800 644 6645.

Agente etiológico

O vírus mpox foi descrito pela primeira vez em 1958, isolado em macacos, e pertence ao gênero *Orthopoxvirus*, família *Poxviridae*, mesma família do vírus causador da varíola [1-4]. A partir da erradicação de varíola na década de 1980, e subsequente redução da vacinação contra essa doença, o vírus mpox tornou-se o ortopoxvírus mais importante em saúde pública [8]. Há registros de surtos de Mpox em alguns países africanos, acometendo tanto animais como seres humanos, desde a década de 1970 [2,3]. A partir da década de 2000, foram também descritos casos fora do continente africano, mas sempre associados a viagens internacionais ou à importação de animais [3,4].

A situação epidemiológica atual é atípica por evidenciar aumento importante nos registros de Mpox em 2022, incluindo casos sem relação direta com viagens a áreas endêmicas [1,2]. Além dos diagnósticos inicialmente realizados no Reino Unido, há registros da doença em todos os continentes [12].

Transmissão

Ainda não há conhecimento bem definido sobre a epidemiologia, as fontes de infecção e os padrões de transmissão de Mpox [1,3,9]. O vírus é normalmente adquirido por meio do contato com fluidos corporais (saliva ou sangue, por exemplo) de um animal infectado ou por meio de uma lesão ocasionada por mordida ou arranhadura [2,3,9]. O homem e o macaco são considerados hospedeiros incidentais. O hospedeiro reservatório (principal portador da doença) da Mpox ainda é desconhecido [3,4]. No continente africano, várias espécies foram identificadas como suscetíveis, incluindo alguns esquilos, os ratos da Gâmbia (também conhecido como rato gigante gambiano) e outros roedores [3,4].

Já a transmissão de humano para humano pode resultar de contato próximo com secreções respiratórias, lesões na pele de uma pessoa infectada ou por meio de contato com objetos recentemente contaminados, assim como o contato pele-a-pele durante o sexo, incluindo beijos, toques, sexo oral e penetração com alguém que tenha sintomas [1,3,4,8,9]. Embora a transmissão sexual de Mpox não tivesse sido identificada antes do surto de 2022, a detecção do mpox vírus no sêmen e em swab anal de pacientes acometidos pela infecção, bem como relatórios epidemiológicos de contato sexual entre os casos, permitem concluir que a Mpox pode ser transmitida por meio da atividade sexual [7,13]. Apesar do surto atual estar concentrado em homens que fazem sexo com homens, especialmente aqueles com múltiplas parcerias sexuais, destaca-se que qualquer pessoa pode transmitir ou contrair a Mpox, independente de suas práticas sexuais [3,7,9,13].

Como a transmissão por gotículas respiratórias geralmente requer contato pessoal prolongado, os profissionais de saúde, membros da família e outros contatos próximos de casos ativos apresentam maior risco de infecção. Pode haver também transmissão vertical transplacentária, durante o parto ou por contato próximo após o nascimento [7,11]. Para orientações sobre o isolamento domiciliar em pacientes com Mpox, acesse [aqui](#).

Historicamente, uma pessoa pode transmitir o vírus mpox desde o início das manifestações clínicas até que todas as lesões cutâneas tenham cicatrizado e ocorrido a reepitelização. Contudo, evidências mais recentes sugerem que a transmissão do mpox vírus pode ocorrer de 1 a 4 dias antes do aparecimento dos sintomas. Até o momento, não há evidências de que indivíduos que nunca desenvolveram sintomas tenham transmitido o vírus mpox para outra pessoa [14].

O período de incubação de Mpox é geralmente de 6 a 13 dias, mas pode variar de 5 a 21 dias [1,2]. Recentemente, o Ministério da Saúde incorporou a vacinação contra a Mpox como profilaxia pré ou pós-exposição, com objetivo de interromper a transmissão de pessoa a pessoa em situações bem definidas. Reforça-se, entretanto, que não há recomendação de vacinação em massa contra a Mpox [15]. Veja mais sobre a vacinação contra Mpox [aqui](#).

Mais informações sobre o quadro clínico de pacientes com Mpox podem ser consultadas aqui e, para saber mais sobre o manejo clínico da Mpox, acesse [aqui](#).

Relação com a varíola

A varíola foi declarada erradicada em todo o mundo em 1980 após campanha global de vacinação e contenção. Quando comparada com a Mpox, a varíola é uma infecção mais grave, com maior transmissibilidade e letalidade de aproximadamente 30%. Após a erradicação, há pouco mais de 40 anos, todos os países cessaram a vacinação de rotina contra a varíola com vacinas à base de vaccinia. Por isso, pessoas com menos de 40 a 50 anos podem ser mais suscetíveis à Mpox [2,8].

Apesar da varíola não ocorrer mais naturalmente, o setor de saúde global permanece vigilante no caso de reaparecer por meio de mecanismos naturais, acidente de laboratório ou liberação deliberada em ações de bioterrorismo. Para garantir a preparação global no caso de ressurgimento dessa doença, novas vacinas, diagnósticos e agentes antivirais estão sendo desenvolvidos. Essas estratégias podem ser úteis para a prevenção e controle da Mpox [2].

Referências:

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de contingência Nacional para Monkeypox: Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox. Versão 2. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 29 de março de 2023]. 32 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/monkeypox/plano-de-contingencia/plano-de-contingencia/view>.
2. World Health Organization. Clinical management and infection prevention and control for monkeypox: interim rapid response guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2022a [citado 27 de março de 2023]. 56 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>.
3. Isaacs SN, Mitjà O. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of mpox (monkeypox) [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 29 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mpox-monkeypox>.
4. Dynamed. Orthopoxvirus Infections (Including Smallpox and Mpox). Em Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023 [citado 20 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/orthopoxvirus-infections-including-smallpox-and-mpox>.
5. World Health Organization. WHO recommends new name for monkeypox disease [Internet]. Geneva: WHO; 2022b [citado 31 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-11-2022-who-recommends-new-name-for-monkeypox-disease>.
6. Secretaria Estadual da Saúde (Rio Grande do Sul), Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Nota Informativa DVE/CEVS no10/2022. Atualizações sobre a Mpox. [Internet]. Porto Alegre, RS: Secretaria Estadual da Saúde; dez 26, 2022 p. 5. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202301/09144538-nota-informativa-dve-mpox-19122022.pdf>.
7. World Health Organization. Surveillance, case investigation and contact tracing for mpox (monkeypox): interim guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2022c [citado 27 de março de 2023]. 17 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.4>.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA no 03/2022. Orientações para prevenção e controle da Monkeypox nos serviços de saúde. [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-03-2022-orientacoes-para-prevencao-e-controle-da-monkeypox-nos-servicos-de-saude-2013-atualizada-em-02-06-2022/view>.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Isolation and Prevention Practices for People with Mpox [Internet]. Georgia: CDC; 2023 [citado 31 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/isolation-procedures.html>.

10. Secretaria Estadual da Saúde (Rio Grande do Sul), Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Nota Informativa Conjunta CEVS/DAPPS no 2. Orientações de vigilância, diagnóstico laboratorial e condutas frente a casos suspeitos e confirmados Monkeypox no estado do Rio Grande do Sul. [Internet]. Porto Alegre, RS: Secretaria Estadual da Saúde; 2022 p. 13. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/04185553-nota-informativa-conjunta-cevs-dapps-n-2-040822-pdf.pdf>.
11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. e-SUS SINAN: manual de instruções [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/e-sus-sinan-manual-de-instrucoes/view>.
12. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 Mpox Outbreak Global Map [Internet]. Georgia: CDC; 2023 [citado 31 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/response/2022/world-map.html>.
13. Centers for Disease Control and Prevention. How It Spreads [Internet]. Georgia: CDC; 2023 [citado 31 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/if-sick/transmission.html>.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Science Brief: detection and transmission of Mpox (Formerly Monkeypox) virus during the 2022 Clade IIb Outbreak [Internet]. Georgia: CDC; 2023 [citado 31 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/about/science-behind-transmission.html>.
15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Informe Técnico Operacional de Vacinação Contra a Mpox [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; mar, 2023 p. 34. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/publicacoes/informativos/informe-tecnico-operacional-de-vacinacao-contr-a-mpox/view>.