

GUIA DE PRESCRIÇÕES

2ª EDIÇÃO

*Condutas práticas
para ambulatório,
UBS e plantão*



SUMÁRIO

Clique no nome do tópico para ir diretamente à prescrição correspondente.

HERPES ZOSTER, COBREIRO	1
ESTOMATITE AFTOSA, AFTA	2
URTICÁRIA AGUDA / REAÇÃO ALÉRGICA CUTÂNEA SEM ANAFILAXIA	3
PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DA RAIVA HUMANA / ANIMAL NÃO OBSERVÁVEL	4
EXACERBAÇÃO DE ASMA — TRATAMENTO DOMICILIAR APÓS ALTA	5
PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE — SUSPEITA DE AGENTE ATÍPICO	6
DERMATOSE INFLAMATÓRIA COM INFECÇÃO SUPERFICIAL ASSOCIADA / BETACORTAZOL	7
CÂIMBRA MUSCULAR / CÂIMBRA NOTURNA	8
CANCRO MOLE / CANCROIDE	10
CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	11
PIELONEFRITE — IDOSO FRÁGIL / GESTANTE	12
CELULITE NÃO PURULENTA — LEVE / AMBULATORIAL	13
CÓLICA RENAL / URETEROLITÍASE / NEFROLITÍASE	14
CONJUNTIVITE ALÉRGICA	15
CONJUNTIVITE BACTERIANA AGUDA	16
CONJUNTIVITE VIRAL	18
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL	19
HIPERTENSÃO ARTERIAL — DIAGNÓSTICO NO PRONTO ATENDIMENTO	20
DENGUE SEM SINAIS DE ALARME — GRUPO A	21
GASTROENTERITE AGUDA / GECA / GEA / DIARREIA AGUDA — ADULTO	22
INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA / VARIZES	23
DIP — TRATAMENTO DO PARCEIRO SEXUAL	24
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA — DIP	25
DONOVANOSE / LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)	27
ENTEROBÍASE (OXIURIASE) / VERMINOSE POR ENTEROBIUS VERMICULARIS	28
VERMINOSE / PARASITOSE INTESTINAL — TRATAMENTO EMPÍRICO	29
ESQUISTOSSOMOSE	30
LARVA MIGRANS CUTÂNEA — BICHO GEOGRÁFICO	31
TENÍASE INTESTINAL	32
GIARDÍASE	33
AMEBÍASE INTESTINAL / COLITE AMEBIANA	35
DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE) / PIROSE	36
IMPETIGO	37
TINEA CORPORIS / CRURIS / PEDIS — DERMATOFITOSE CUTÂNEA	38
PITIRÍASE VERSICOLOR	39
PEDICULOSE DO COURO CABELUDO — PIOLHO	40
HERPES GENITAL	41
FISSURA ANAL	42
ERISPELA	43
HERPES SIMPLES LABIAL RECORRENTE	45
VARICELA / CATAPORA EM ADOLESCENTE ≥12 ANOS OU ADULTO	46
MOLUSCO CONTAGIOSO INFLAMADO / MOLUSCO-DERMATITE	47
VERRUGA VIRAL TRAUMATIZADA / SANGRANTE	48
DERMATITE SEBORREICA	49
BLEFARITE / MEIBOMITE — DISFUNÇÃO DAS GLÂNDULAS DE MEIBÔMIO	51
VERTIGEM VESTIBULAR / SÍNDROME VESTIBULAR PERIFÉRICA	52
NÁUSEAS E VÔMITOS	53
UNHA ENCRAVADA / ONICOCRIPTOSE	54
LESÃO POR PRESSÃO — ÚLCERA (LPP) — COM SUSPEITA DE INFECÇÃO	55
TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TVP / TEP)	56
TRICOMONÍASE	58
DEFICIÊNCIA DE TIAMINA / PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE WERNICKE	59
HORDÉOLO (TERÇOL) — OLHO INFECTADO	60
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE / CONCUSSÃO	61
FERIMENTO CUTÂNEO SUTURADO / LACERAÇÃO SIMPLES	62
SOLUÇO PERSISTENTE	63
SÍNDROME GRIPAL	65
SÍFILIS — PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA OU LATENTE RECENTE	66

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL AGUDO (SUA-a)	67
VIOLÊNCIA SEXUAL — PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO	68
QUEIMADURA	70
QUEIMADURA QUÍMICA OCULAR	71
XEROSE CUTÂNEA / PRURIDO — RESSECAMENTO — DERMATITE	73
DOR NEUROPÁTICA — PREGABALINA	74
TRAUMA CONTUSO / ESCORIAÇÕES POR AGRESSÃO FÍSICA — CORPO DE DELITO	75
PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC) — ADULTO COM COMORBIDADES/FATORES DE RISCO	77
PIELONEFRITE AGUDA NÃO COMPLICADA — ADULTO ESTÁVEL	78
PARALISIA DE BELL	80
OTITE EXTERNA AGUDA	81
ONICOMICOSE / MICOSE DE UNHA	82
DISPEPSIA / EPIGASTRALGIA	83
CÓLICA RENAL / URETEROLITÍASE / NEFROLITÍASE / CÁLCULO RENAL / PEDRA NOS RINS	84
IMPETIGO / PIODERMITE SUPERFICIAL LOCALIZADA	85
MORDEDURA DE CÃO / FERIMENTO POR ANIMAL	86
MIÍASE CUTÂNEA INFECTADA / ABSCESSO	87
DERMATOFITOSE CUTÂNEA / MICOSE DE PELE — TINEA CORPORIS, CRURIS OU PEDIS	89
LOMBALGIA AGUDA / DOR MUSCULOESQUELÉTICA	90
PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC) — ALTERNATIVO / FALHA / FATORES DE RISCO	91
FARINGOAMIGDALITE BACTERIANA — TRATAMENTO ALTERNATIVO / LESÃO BOCA	92
CISTITE AGUDA NÃO COMPLICADA	93
PIELONEFRITE AGUDA — TRATAMENTO AMBULATORIAL	94
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)	96
HORDÉOLO / CALÁZIO	97
HIPOCALEMIA LEVE	98
DOENÇA HEMORROIDÁRIA — CRISE AGUDA	99
NÁUSEAS E VÔMITOS DA GESTAÇÃO / TONTURA	100
CRISE AGUDA DE GOTA / ARTRITE GOTOSA	101
GONORREIA E CLAMÍDIA — INFECÇÃO NÃO COMPLICADA	103
FURÚNCULO / ABSCESSO CUTÂNEO	104
FARINGOAMIGDALITE BACTERIANA / ESTREPTOCÓCICA / FARINGITE	105
ESPOROTRICOSE CUTÂNEA / LINFOCUTÂNEA	106
ESCABIOSE / SARNA	107
ENXAQUECA — TRATAMENTO DA CRISE E PROFILAXIA	108

HERPES ZOSTER, COBREIRO

Descrição: reativação do vírus varicela-zoster, causando erupção vesicular dolorosa em trajeto dermatomérico, geralmente unilateral.

Contexto Clínico: mais comum em idosos, diabéticos, imunossuprimidos, pacientes oncológicos, em uso de corticoides/imunobiológicos ou após estresse fisiológico importante.

Sinais Clínicos: dor, ardor, queimação, formigamento ou hipersensibilidade local, seguidos de vesículas agrupadas sobre base eritematosa, em faixa e unilateral de dermatomo.

Complicações: neuralgia pós-herpética, infecção bacteriana secundária, zoster oftálmico, síndrome de Ramsay Hunt e disseminação em imunossuprimidos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. **Aciclovir 400 mg** _____ 70 comprimidos
Tomar **2 comprimidos VO, 5 vezes ao dia, por 7 dias.**
Sugestão: 7h, 11h, 15h, 19h e 23h.
2. **Dipirona 500 mg** _____ 20 comprimidos
Tomar **1 a 2 comprimidos VO de 6/6h se dor ou febre.**
3. **Paracetamol 750 mg** _____ 20 comprimidos
Tomar **1 comprimido VO de 6/6 a 8/8h se dor ou febre.**
Usar como alternativa à dipirona.
4. **Tramadol 50 mg** _____ 10 comprimidos
Tomar **1 comprimido VO de 8/8h se dor intensa, por curto período.**
5. **Gabapentina 300 mg** _____ 30 comprimidos
Tomar **1 comprimido VO à noite se dor neuropática importante.**
Se necessário, aumentar progressivamente conforme resposta e tolerância.

ALTERNATIVAS

- **Valaciclovir 1 g VO de 8/8h por 7 dias**, se disponível.
- **Famciclovir 500 mg VO de 8/8h por 7 dias**, se disponível.
- Em doença renal crônica: ajustar dose de aciclovir e gabapentina.
- Em gestantes, imunossuprimidos, lesões disseminadas ou múltiplos dermatômos: conferir protocolo local/atualizado e considerar avaliação especializada.
- Corticoide não é rotina. Se considerado, usar apenas em caso selecionado, sempre associado ao antiviral e sem contraindicações.

ESTOMATITE AFTOSA, AFTA

VISÃO GERAL

Descrição: condição inflamatória da mucosa oral caracterizada por úlceras dolorosas, recorrentes e não contagiosas, geralmente autolimitadas.

Contexto Clínico: comum em adultos jovens; pode ser precipitada por trauma local, estresse, alimentos, alterações nutricionais ou ocorrer de forma recorrente sem causa definida.

Sinais Clínicos: úlcera arredondada ou oval, dolorosa, com centro esbranquiçado/amarelado e halo eritematoso, predominando em mucosa labial, jugal, língua e assoalho oral.

Complicações: dor com dificuldade para alimentação/hidratação, recorrência frequente e, em apresentações atípicas, associação com doenças sistêmicas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Bucal / Tópico

1. Triancinolona acetonida 1 mg/g em Orabase (Omcilon A Orabase®) _____ 1 tubo

Aplicar **fina camada diretamente sobre a lesão, 3x/dia, por até 7 dias**, preferencialmente após higiene oral e antes de dormir.

2. Cloridrato de benzidamina 1,5 mg/mL – colutório _____ 1 frasco

Realizar bochecho com **15 mL, 3x/dia, enquanto houver dor ou inflamação. Não ingerir.**

ALTERNATIVAS

- **Dexametasona elixir 0,5 mg/5 mL:** útil principalmente quando houver **múltiplas lesões ou acometimento mais extenso**. Bochechar **5 mL de 8/8h por até 7 dias e cuspir; não engolir**.
- Evitar uso rotineiro simultâneo de **triancinolona + dexametasona**; escolher a apresentação mais adequada à extensão das lesões.
- Lesões únicas/localizadas → preferir corticoide em **Orabase**.
- Lesões numerosas ou de difícil acesso → considerar **corticoide em bochecho**.
- Casos graves, muito recorrentes ou refratários: investigar causa secundária e considerar avaliação especializada.

OBSERVAÇÕES

- Corticoide tópico é uma das principais opções para reduzir dor e duração das lesões.
- Aplicar a pasta sobre a mucosa previamente seca para aumentar aderência.
- Orientar o paciente a não comer ou beber imediatamente após aplicação.
- Uso prolongado de corticoide tópico/bochecho pode favorecer **candidíase oral**.
- Antibiótico sistêmico não está indicado na afta simples.
- Afta persistente por **mais de 2–3 semanas**, muito extensa, recorrente ou acompanhada de febre, perda ponderal, lesões genitais/oculares ou sintomas gastrointestinais exige investigação de diagnóstico alternativo/doença sistêmica.
- Em recorrência importante, considerar investigação conforme contexto: hemograma, ferro/ferritina, vitamina B12, folato e doenças sistêmicas associadas.

URTICÁRIA AGUDA / REAÇÃO ALÉRGICA CUTÂNEA SEM ANAFILAXIA

Descrição: reação cutânea mediada principalmente por histamina, caracterizada por pápulas/placas eritematosas, edemaciadas e pruriginosas, geralmente transitórias.

Contexto Clínico: pode ocorrer após medicamentos, alimentos, infecções, picadas de insetos ou sem fator desencadeante identificável. Quadro agudo apresenta duração inferior a 6 semanas.

Sinais Clínicos: placas elevadas e pruriginosas, de tamanho variável, migratórias e geralmente com desaparecimento individual em até 24 horas; pode coexistir angioedema.

Complicações: angioedema; recorrência; presença de sintomas respiratórios, cardiovasculares ou gastrointestinais pode indicar anafilaxia associada.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Fexofenadina 180 mg _____ 7 comprimidos
Tomar **1 comprimido VO, 1x/dia, por 7 dias ou até resolução dos sintomas.**

ALTERNATIVAS

- **Cetirizina 10 mg VO 1x/dia**, por 5–7 dias.
- **Loratadina 10 mg VO 1x/dia**, por 5–7 dias.
- Preferir anti-histamínicos H1 de **2ª geração**, pelo menor efeito sedativo.
- **Prednisona não é tratamento de rotina.** Em quadro intenso ou refratário ao anti-histamínico, pode-se considerar **curso curto de corticoide sistêmico**, após avaliação individual e exclusão de contraindicações.
- Em doença renal crônica: verificar necessidade de ajuste do anti-histamínico conforme função renal e bula.
- Gestação/lactação: individualizar escolha e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Antes da alta, excluir **anafilaxia**: dispneia, sibilância, estridor, edema de língua/laringe, hipotensão, síncope ou sintomas sistêmicos importantes mudam completamente a conduta.
- Na anafilaxia, anti-histamínicos e corticoides **não substituem adrenalina IM**.
- Evitar anti-histamínicos de 1ª geração como rotina devido à maior sedação e efeitos anticolinérgicos.
- Corticoide sistêmico não deve ser prescrito automaticamente em urticária aguda simples.
- Lesões individuais persistindo >24h, dolorosas, com púrpura/equimose ou sintomas sistêmicos sugerem diagnóstico alternativo.
- Urticária persistente por >6 semanas é classificada como crônica e requer abordagem específica.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DA RAIVA HUMANA / ANIMAL NÃO OBSERVÁVEL

Descrição: prevenção da raiva após exposição potencial ao vírus por mordedura, arranhadura ou contato de saliva de animal suspeito com mucosa ou pele lesionada.

Contexto Clínico: a indicação de vacina e/ou soro depende do tipo e local da exposição, espécie e condição do animal agressor, possibilidade de observação de cães/gatos e histórico prévio de vacinação antirrábica.

Sinais Clínicos: não se espera desenvolvimento de sintomas para iniciar profilaxia.

PRESCRIÇÃO / PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

Uso Intradérmico — Vacina antirrábica humana

1. Vacina antirrábica humana inativada _____ 4 doses

Administrar nos dias **D0, D3, D7 e D14**.

Via ID: aplicar **0,2 mL por dose**, divididos em **2 aplicações de 0,1 mL**, em dois sítios distintos, na região do deltoide.

Soro / Imunoglobulina — quando indicado

2. Soro antirrábico (SAR) _____ dose conforme peso

Administrar **40 UI/kg, dose única**.

Infiltrar **o volume total ou o máximo possível dentro e ao redor de todas as lesões**. Se houver volume restante, administrar conforme protocolo vigente **OU**

Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR) _____ dose conforme peso

Administrar **20 UI/kg, dose única**, utilizando a mesma técnica de infiltração local.

ALTERNATIVAS

- **Vacina via IM:** administrar o volume total do frasco (**0,5 mL ou 1 mL, conforme fabricante**) no deltoide. Não aplicar vacina antirrábica no glúteo.
- SAR/IGHAR: administrar preferencialmente no **D0**; se indisponível, pode ser aplicado até o **7º dia após a primeira dose da vacina**. Após esse período, não indicar.
- Paciente previamente vacinado adequadamente: em geral, **vacina nos dias D0 e D3, sem SAR/IGHAR**;
- Avaliar simultaneamente necessidade de **profilaxia antitetânica** conforme tipo de ferimento e situação vacinal.

OBSERVAÇÕES

- **Nem toda mordedura exige vacina + soro:** definir conduta conforme espécie, tipo de exposição e possibilidade de observação do animal.
- Em cães e gatos passíveis de observação, acompanhar o animal por **10 dias**, conforme protocolo do Ministério da Saúde.
- Lavar imediatamente a ferida abundantemente com **água e sabão**.
- O **SAR/IGHAR deve ser prioritariamente infiltrado dentro e ao redor da ferida**; não prescrever apenas como aplicação IM distante da lesão.
- Não aplicar vacina e SAR/IGHAR no mesmo local anatômico.
- Ferimentos em **mãos, pés, face, cabeça, mucosas, profundos, múltiplos ou extensos** são classificados como exposições de maior risco.
- Mordedura por morcego ou contato direto relevante exige avaliação específica, independentemente da aparência do animal.

EXACERBAÇÃO DE ASMA — TRATAMENTO DOMICILIAR APÓS ALTA

Descrição: piora aguda ou subaguda de dispneia, sibilância, tosse e/ou aperto torácico, acompanhada de redução variável do fluxo expiratório.

Contexto Clínico: geralmente precipitada por infecção viral, exposição a alérgenos/irritantes, baixa adesão ao tratamento controlador, técnica inalatória inadequada ou uso excessivo de broncodilatador de resgate.

Sinais Clínicos: dispneia, sibilância, tosse, aperto torácico, taquipneia e redução do PFE/VEF1 em relação ao basal.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Inalatório

1. Beclometasona 250 mcg/dose _____ 1 frasco

Fazer **2 jatos por via inalatória de 12/12h, com espaçador**. Manter tratamento controlador e reavaliar em curto prazo. Orientar enxágue da boca após o uso.

2. Salbutamol 100 mcg/dose _____ 1 frasco

Fazer **2 a 4 jatos por via inalatória a cada 4–6h, se falta de ar, chiado ou aperto no peito**, utilizando espaçador. Reduzir conforme melhora.

Uso Oral

3. Prednisona 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar **2 comprimidos (40 mg) VO pela manhã, 1x/dia, por 5 dias**.

ALTERNATIVAS

- Estratégia preferencial atual: tratamento contendo **corticoide inalatório + formoterol**, utilizado como controlador e/ou medicação de alívio conforme etapa terapêutica.
- Se mantido esquema com salbutamol, o paciente deve permanecer em **tratamento controlador contendo corticoide inalatório**; evitar SABA isolado como tratamento crônico.
- **Prednisona 40–50 mg/dia por 5–7 dias** é opção em exacerbação moderada/grave ou resposta insuficiente ao tratamento inalatório.
- **Budesonida nasal** pode ser associada somente se houver **rinite alérgica concomitante**; não trata a exacerbação brônquica.
- Gestantes: manter tratamento da asma e individualizar conforme gravidade e protocolo obstétrico atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Curso de prednisona <2 semanas **não necessita desmame** na maioria dos pacientes.
- Corticoide sistêmico não deve ser mantido rotineiramente após resolução da exacerbação.
- Evitar prescrever apenas salbutamol sem tratamento contendo corticoide inalatório.
- Uso frequente de salbutamol indica controle inadequado e necessidade de revisão do tratamento.
- Revisar técnica inalatória, uso do espaçador, adesão e fatores desencadeantes.
- Após exacerbação, reavaliar preferencialmente em **2–7 dias**.
- Quadro com dispneia em repouso, fala entrecortada, alteração do nível de consciência, hipoxemia ou resposta inadequada ao broncodilatador não é adequado para manejo exclusivamente domiciliar.

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE — SUSPEITA DE AGENTE ATÍPICO

Descrição: infecção pulmonar adquirida fora do ambiente hospitalar, podendo envolver agentes como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* e *Legionella spp.*

Contexto Clínico: mais comum em quadros ambulatoriais de baixa gravidade, especialmente em adultos jovens, podendo apresentar evolução subaguda e sintomas extrapulmonares.

Sinais Clínicos: febre, tosse seca ou pouco produtiva, cefaleia, mialgia, mal-estar, dispneia e estertores.

Complicações: insuficiência respiratória, derrame pleural/empiema, sepse e necessidade de hospitalização.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Azitromicina 500 mg _____ 5 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO, 1x/dia, por 5 dias.**

Conferir protocolo local/atualizado, especialmente quanto à resistência pneumocócica regional.

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar **1 a 2 comprimidos VO de 6/6h se dor ou febre.**

ALTERNATIVAS

- **Doxiciclina 100 mg VO de 12/12h por 5 dias**, em adulto não gestante.
- Em pacientes com comorbidades, considerar **amoxicilina/clavulanato associado a azitromicina ou doxiciclina**, conforme protocolo local.
- Gestação: evitar doxiciclina; considerar beta-lactâmico associado a macrolídeo conforme avaliação.
- Alergia, uso recente de antibiótico ou falha terapêutica: individualizar conforme epidemiologia e resistência local.

OBSERVAÇÕES

- “Pneumonia atípica” não pode ser definida apenas pelos sintomas; conduzir dentro do espectro de **pneumonia adquirida na comunidade (PAC)**.
- Azitromicina em monoterapia é mais apropriada em paciente ambulatorial de baixo risco, sem comorbidades relevantes e quando a resistência local aos macrolídeos permite seu uso.
- **Azitromicina 500 mg/dia por 5 dias deve ser conferida com o protocolo institucional/local**, pois outras diretrizes utilizam esquemas com menor dose total.
- Prednisona não é indicada rotineiramente na PAC não grave; usar somente se houver outra indicação, como exacerbação concomitante de asma ou DPOC.
- Budesonida nasal e lavagem nasal não tratam a pneumonia; usar apenas se houver rinite/rinossinusite concomitante.
- Reavaliar em 48–72h se ausência de melhora clínica.

DERMATOSE INFLAMATÓRIA COM INFECÇÃO SUPERFICIAL ASSOCIADA / BETACORTAZOL

Descrição: processo inflamatório cutâneo associado ou secundariamente complicado por infecção fúngica e/ou bacteriana superficial.

Contexto Clínico: pode ocorrer em dermatite de contato, dermatite atópica, dermatite seborreica, intertrigo e outras dermatoses inflamadas com suspeita de infecção superficial associada.

Sinais Clínicos: eritema, prurido, descamação, ardor e inflamação local; podem coexistir maceração, crostas ou sinais superficiais de infecção.

Complicações: infecção secundária, extensão das lesões, dermatite de contato medicamentosa e piora/mascaramento do diagnóstico com uso inadequado de corticoide.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico

1. Cetoconazol 20 mg/g + dipropionato de betametasona 0,64 mg/g + sulfato de neomicina 2,5 mg/g (Betacortazol®)
1 bisnaga de 30 g

Aplicar **finha camada sobre a área afetada, 1x/dia.**

Em quadros mais intensos, pode-se utilizar **12/12h**, conforme avaliação médica.

Não utilizar por período superior a 14 dias.

ALTERNATIVAS

- Se **micose isolada**, preferir antifúngico tópico sem corticoide/antibiótico.
- Se **infecção bacteriana isolada**, tratar especificamente conforme diagnóstico, evitando associação desnecessária com antifúngico e corticoide.
- Se **dermatite inflamatória sem infecção**, preferir corticoide tópico de potência adequada ao local e diagnóstico.
- Gestação e lactação: utilizar somente após avaliação individual.

OBSERVAÇÕES

- Evitar utilizar a associação empiricamente em toda lesão cutânea sem diagnóstico definido.
- Não aplicar em olhos ou região periocular.
- Contraindicado em herpes simples/zoster, varicela, tuberculose cutânea e sífilis cutânea.
- Evitar uso prolongado, grandes áreas e oclusão devido ao risco de absorção do corticoide e atrofia cutânea.
- Neomicina pode causar dermatite de contato alérgica.
- Se houver piora ou ausência de resposta, reconsiderar o diagnóstico em vez de prolongar o tratamento.
- Não confundir dermatofitose extensa ou tinea incognita com “dermatite infectada”.

CÂIMBRA MUSCULAR / CÂIMBRA NOTURNA

Descrição: contração muscular súbita, involuntária, dolorosa e transitória, mais comum em panturrilhas e pés.

Contexto Clínico: frequente após esforço físico, desidratação, longos períodos na mesma posição ou durante o sono; também pode ocorrer associada a distúrbios hidroeletrólíticos, medicamentos, gestação, hipotireoidismo, neuropatias e doença renal.

Sinais Clínicos: dor muscular súbita com contração palpável e endurecimento do músculo, geralmente com duração de segundos a minutos e resolução espontânea.

Complicações: distúrbio do sono, limitação funcional e recorrência; câibras difusas ou persistentes podem indicar doença metabólica, vascular ou neurológica subjacente.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Tratamento de primeira linha

Não há medicamento de rotina recomendado para câibra muscular idiopática.

Orientar **alongamento do músculo acometido durante a crise** e alongamento regular, especialmente antes de dormir nos casos noturnos.

ALTERNATIVAS

- **Diltiazem 30 mg VO à noite** pode ser considerado em casos recorrentes e muito sintomáticos, após exclusão de causas secundárias e avaliação de contraindicações; **evidência limitada**.
- Reposição de **potássio, cálcio ou magnésio** somente quando houver deficiência documentada ou indicação clínica específica.
- Não utilizar quinina rotineiramente devido ao risco de eventos adversos graves.
- Se relacionada a medicamento, revisar especialmente diuréticos e outros fármacos potencialmente associados.

OBSERVAÇÕES

- Câibra isolada geralmente não necessita de exames laboratoriais.
- Em câibras frequentes, difusas ou sem causa evidente, considerar: **Na, K, Ca, Mg, glicemia e função renal**, conforme contexto clínico.
- Avaliar hipotireoidismo, neuropatia, doença arterial periférica e causas medicamentosas quando houver suspeita clínica.
- **Diltiazem não é tratamento de primeira linha** e seu uso para câibras é off-label, sustentado por estudos pequenos.
- Antes de usar diltiazem, avaliar PA, FC, distúrbios de condução cardíaca e uso concomitante de betabloqueadores/digoxina.
- Evitar diltiazem em hipotensão importante, síndrome do nó sinusal e bloqueio AV de 2º/3º grau sem marca-passo.
- Magnésio não apresenta benefício consistente para câibra idiopática em adultos sem deficiência.

CANCRO MOLE / CANCROIDE

Descrição: IST causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, caracterizada principalmente por úlcera genital dolorosa e potencial linfadenopatia inguinal supurativa.

Contexto Clínico: considerar diante de úlcera genital dolorosa, principalmente após exposição sexual de risco; sífilis e herpes genital são diagnósticos diferenciais importantes.

Sinais Clínicos: úlcera genital dolorosa, geralmente com bordas irregulares, fundo purulento e base não endurecida; pode haver múltiplas lesões e linfonodos inguinais dolorosos (“bubões”).

Complicações: linfadenite supurativa, abscessos/fístulas, cicatrizes genitais e maior vulnerabilidade à transmissão/aquisição do HIV.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Azitromicina 500 mg _____ 2 comprimidos

Tomar **2 comprimidos (1 g) VO, em dose única.**

ALTERNATIVAS

- **Ceftriaxona 250 mg IM, dose única.**
- **Ciprofloxacino 500 mg VO de 12/12h por 3 dias** — evitar na gestação e lactação.
- **Eritromicina base 500 mg VO de 8/8h por 7 dias**, quando as opções anteriores não puderem ser utilizadas.
- Gestantes: preferir esquema compatível com gestação; evitar ciprofloxacino.
- Pacientes vivendo com HIV podem apresentar resposta terapêutica mais lenta e necessitar acompanhamento mais próximo.

OBSERVAÇÕES

- Úlcera genital dolorosa não confirma cancro mole: excluir principalmente **sífilis e herpes genital**.
- Solicitar testagem para **HIV e sífilis** e rastrear outras IST conforme risco.
- Reavaliar em **3–7 dias**; espera-se melhora da dor em cerca de 3 dias e da úlcera em até 7 dias.
- Bubões flutuantes podem necessitar drenagem por aspiração/incisão conforme avaliação.
- Avaliar e tratar parceiros sexuais recentes conforme protocolo de IST, mesmo quando assintomáticos.
- Orientar abstinência sexual até conclusão do tratamento e resolução clínica das lesões.
- Persistência da úlcera deve levantar hipótese de diagnóstico incorreto, coinfeção, resistência, imunossupressão ou baixa adesão.

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

Descrição: vulvovaginite causada principalmente por espécies de *Candida*, caracterizada por inflamação vulvovaginal e corrimento típico.

Contexto Clínico: mais frequente após antibioticoterapia, gestação, diabetes descompensado, imunossupressão ou aumento da umidade local; também pode ocorrer sem fator predisponente evidente.

Sinais Clínicos: prurido vulvar intenso, ardor, hiperemia, edema, disúria externa, dispareunia e corrimento branco espesso/grumoso, geralmente sem odor forte.

Complicações: fissuras e escoriações vulvares, sintomas intensos e candidíase recorrente; casos persistentes podem envolver espécies não-*albicans* ou resistência aos azólicos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Vaginal

1. Clotrimazol creme vaginal 1% _____ 1 tubo

Aplicar **5 g por via vaginal, à noite, por 7 dias.**

Uso Oral — alternativa

2. Fluconazol 150 mg _____ 1 cápsula

Tomar **1 cápsula VO, em dose única.**

ALTERNATIVAS

- **Miconazol creme vaginal 2%:** 1 aplicador cheio, à noite, por 7 dias.
- **Nistatina 100.000 UI vaginal:** 1 aplicação à noite, por 14 dias.
- **Candidíase grave:** azólico tópico por 7–14 dias ou fluconazol 150 mg VO, com segunda dose após 72h.
- **Candidíase recorrente:** fluconazol 150 mg VO nos **dias 1, 4 e 7**; após indução, **150 mg VO 1x/semana por 6 meses.**
- **Gestação/lactação:** preferir tratamento **exclusivamente vaginal**; evitar fluconazol oral e conferir protocolo atualizado.
- Suspeita de *Candida* não-*albicans* ou falha recorrente: considerar cultura/identificação e tratamento específico.

OBSERVAÇÕES

- Candidíase vulvovaginal não é considerada IST; **parceiros assintomáticos não necessitam tratamento de rotina.**
- Não usar simultaneamente tratamento oral e vaginal em episódio simples sem indicação específica.
- Em recorrência, investigar diabetes, imunossupressão, antibioticoterapia frequente e outras causas predisponentes.
- Azólicos tópicos podem comprometer a resistência de preservativos/ diafragmas de látex conforme a formulação.
- Fluconazol apresenta interações medicamentosas e requer cautela em hepatopatia e com fármacos que prolongam QT.

PIELONEFRITE — IDOSO FRÁGIL / GESTANTE

Descrição: infecção bacteriana do trato urinário superior com acometimento renal, geralmente decorrente de ascensão bacteriana a partir da bexiga.

Contexto Clínico: mais frequente em mulheres; gestação, idade avançada, diabetes, alterações urológicas, nefrolitíase e imunossupressão aumentam o risco de complicações.

Sinais Clínicos: febre, calafrios, dor lombar/flanco, Giordano positivo, náuseas/vômitos, disúria, polaciúria e urgência urinária. Idosos podem apresentar manifestações atípicas.

Complicações: sepse/choque séptico, abscesso renal, lesão renal aguda, obstrução urinária e, na gestação, parto prematuro e complicações materno-fetais.

PRESCRIÇÃO PARENTERAL — CASOS SELECIONADOS

Uso IM / EV

1. Ceftriaxona 1 g _____ 7 ampolas

Administrar **1 g IM ou EV, 1x/dia** por 7 dias.

Coletar **urocultura antes da primeira dose**, sempre que possível, e ajustar o antibiótico conforme antibiograma e evolução clínica.

Duração: não estabelecer automaticamente 7 dias de ceftriaxona parenteral. Reavaliar em **24–48h** e realizar transição para terapia oral quando houver melhora clínica e opção sensível na urocultura.

ALTERNATIVAS

- **Gestante:** ceftriaxona **1–2 g IV/IM 1x/dia** é opção; recomenda-se **internação inicial** e antibioticoterapia parenteral por pelo menos 24–48h. Após melhora, completar **10–14 dias** de tratamento total conforme cultura.
- **Idoso frágil:** manejo ambulatorial parenteral somente se hemodinamicamente estável, tolerando hidratação/alimentação, sem sepse, obstrução ou alteração importante da função renal e com possibilidade de reavaliação próxima.
- Após melhora, escolher antibiótico VO conforme **urocultura/antibiograma**.
- Alergia grave a beta-lactâmicos: individualizar esquema conforme cultura, função renal e protocolo local.
- Suspeita de bactéria multirresistente ou uso recente de antibióticos: considerar epidemiologia local e cultura antes de definir esquema.

OBSERVAÇÕES

- **Gestante com pielonefrite:** internação inicial é a conduta preferencial; não classificar como tratamento ambulatorial de rotina.
- Solicitar **EAS + urocultura** antes do antibiótico sem atrasar o tratamento em paciente sintomático.
- Avaliar hemograma, creatinina, eletrólitos e outros exames conforme gravidade.
- Ausência de melhora em **48–72h** exige reavaliação de resistência, obstrução, cálculo ou abscesso.
- Em idoso frágil, atenção para apresentação atípica, função renal, polifarmácia e risco aumentado de sepse.
- Evitar quinolonas na gestação.
- Não manter ceftriaxona parenteral por período fixo sem reavaliação clínica e microbiológica.

CELULITE NÃO PURULENTA — LEVE / AMBULATORIAL

Descrição: infecção bacteriana aguda da derme profunda e tecido subcutâneo, geralmente causada por estreptococos e, menos frequentemente, *Staphylococcus aureus*.

Contexto Clínico: comum após pequenas soluções de continuidade da pele, micoses interdigitais, edema, insuficiência venosa, obesidade, diabetes ou trauma local.

Sinais Clínicos: eritema, calor, edema e dor local, geralmente com bordas pouco delimitadas; pode haver febre nos casos mais extensos.

Complicações: abscesso, extensão da infecção, bacteremia, sepse e, raramente, infecção profunda/necrosante.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Cefalexina 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 6/6h por 5 dias**.

Se resposta clínica lenta, considerar prolongar para **7 dias**.

2. Dipirona 1 g _____ 20 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 6/6h se dor ou febre**.

ALTERNATIVAS

- **Alergia importante a beta-lactâmicos:** clindamicina **450 mg VO de 8/8h por 5 dias**.
- **Amoxicilina + clavulanato 875/125 mg VO de 12/12h por 5–7 dias:** considerar quando houver maior risco de infecção polimicrobiana, mordedura ou circunstância específica; não é necessária rotineiramente na celulite simples.
- Suspeita de **MRSA** (purulência, trauma penetrante, infecção/colonização prévia, uso de drogas injetáveis): modificar cobertura conforme protocolo local.
- Gestação: cefalexina pode ser utilizada quando indicada; individualizar conforme alergias e contexto clínico.
- Doença renal crônica: ajustar cefalexina conforme função renal.

OBSERVAÇÕES

- Este esquema é para **celulite não purulenta, leve e sem instabilidade sistêmica**.
- Se houver abscesso ou coleção, **drenagem é parte central do tratamento**; antibiótico isolado pode ser insuficiente.
- Não é necessário cobrir MRSA rotineiramente na celulite típica não purulenta.
- Marcar a borda do eritema pode ajudar a acompanhar progressão/regressão.
- A inflamação pode não desaparecer imediatamente; esperar início de melhora clínica em aproximadamente **48–72h**.
- Falha terapêutica exige reconsiderar abscesso oculto, resistência, diagnóstico alternativo ou infecção profunda.
- Cultura de pele não é necessária rotineiramente em casos típicos; considerar em imunossupressão, quadro sistêmico grave, mordedura, exposição aquática ou circunstâncias incomuns.
- Evitar prolongar antibiótico automaticamente por 10–14 dias se houver boa resposta clínica.

CÓLICA RENAL / URETEROLITÍASE / NEFROLITÍASE

Descrição: dor aguda causada principalmente pela migração de cálculo pelo ureter, com aumento da pressão e espasmo do trato urinário.

Contexto Clínico: comum em adultos com história prévia de cálculos, baixa ingestão hídrica, dieta rica em sódio/proteína, alterações metabólicas ou história familiar de litíase.

Sinais Clínicos: dor intensa em flanco/lombar, geralmente em cólica e com irradiação para abdome inferior, virilha ou genitais; náuseas, vômitos, hematúria e inquietação são frequentes.

Complicações: obstrução urinária, hidronefrose, lesão renal aguda e pielonefrite/sepsis quando associada à infecção.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Cetoprofeno 100 mg _____ 10 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 12/12h, se dor, por até 5 dias.**

Usar somente se não houver contraindicação a AINE.

2. Dipirona 1 g _____ 20 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 6/6h se dor**, como analgesia complementar/resgate.

3. Tramadol 50 mg _____ 10 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 8/8h se dor intensa não controlada**, por curto período.

4. Tansulosina 0,4 mg _____ 30 comprimidos

Tomar **1 cápsula VO, 1x/dia, por até 4 semanas.**

Indicar principalmente em **cálculo ureteral distal de 5–10 mm**, candidato a tratamento conservador.

ALTERNATIVAS

- **Tansulosina não é necessária para todo cálculo;** benefício é maior em cálculos ureterais distais >5 mm.
- Gestação: evitar tratamento expulsivo de rotina; analgesia e conduta devem ser individualizadas. AINEs exigem cautela/contraindicação conforme idade gestacional.
- DRC, úlcera péptica, anticoagulação ou alto risco cardiovascular: evitar ou individualizar AINE.

OBSERVAÇÕES

- **AINE é primeira escolha** para analgesia da cólica renal quando não contraindicado.
- **Escopolamina/antiespasmódicos não são recomendados rotineiramente** para cólica renal.
- Opioide deve ficar como **resgate**, se analgesia inicial for insuficiente ou contraindicada.
- Tansulosina para expulsão de cálculo é uso **off-label**; maior evidência para cálculo ureteral distal de **5–10 mm**.
- Cálculos <5 mm, especialmente distais, apresentam elevada chance de eliminação espontânea.
- Não utilizar tansulosina automaticamente para cálculos localizados apenas no rim.
- Febre/ITU associada à obstrução, anúria, deterioração da função renal ou dor refratária configuram situação de maior gravidade e podem exigir descompressão urológica.
- Solicitar função renal, EAS e imagem conforme quadro; TC sem contraste é referência em adulto, enquanto ultrassonografia é preferida em situações específicas, como gestação.

CONJUNTIVITE ALÉRGICA

Descrição: inflamação da conjuntiva desencadeada por reação de hipersensibilidade a alérgenos, geralmente bilateral e predominantemente pruriginosa.

Contexto Clínico: comum em pacientes com rinite, asma ou outras doenças atópicas; pode ser sazonal ou relacionada a poeira, ácaros, pólen, pelos de animais e outros alérgenos.

Sinais Clínicos: prurido ocular intenso, hiperemia bilateral, lacrimejamento, ardor, edema palpebral e secreção aquosa ou filamentosa.

Complicações: ceratoconjuntivite, lesão da superfície ocular por coçar repetidamente e, nas formas graves/crônicas, acometimento corneano.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oftálmico

1. Cloridrato de olopatadina 2,22 mg/mL (equiv. olopatadina 0,2%) _____ 1 frasco

Pingar **1 gota no(s) olho(s) afetado(s), 1x/dia**, enquanto persistirem os sintomas.

2. Hialuronato de sódio 0,15% _____ 1 frasco

Pingar **1 gota no(s) olho(s) afetado(s), até 5x/dia, conforme necessidade**.

ALTERNATIVAS

- **Cetotifeno 0,025%:** pingar **1 gota no(s) olho(s) afetado(s) de 12/12h**.
- Anti-histamínico oral pode ser útil se houver **rinite ou outros sintomas alérgicos sistêmicos associados**.
- Lubrificante ocular pode ser utilizado isoladamente nos quadros muito leves.
- Casos persistentes ou graves podem necessitar tratamento oftalmológico específico.

OBSERVAÇÕES

- **Prurido é o sintoma mais característico;** secreção purulenta importante sugere diagnóstico alternativo.
- Compressas frias podem ajudar no controle do prurido e edema.
- Evitar coçar os olhos.
- Retirar lentes de contato antes da aplicação dos colírios e respeitar o intervalo recomendado antes de recolocá-las.
- Se usar mais de um colírio, manter intervalo de pelo menos **5 minutos** entre as aplicações.
- **Antibiótico tópico não está indicado** na conjuntivite alérgica sem infecção bacteriana.
- **Corticoide oftálmico não deve ser prescrito rotineiramente;** uso deve ser orientado/monitorado por oftalmologista devido ao risco de glaucoma, catarata e agravamento de infecções oculares.
- Dor ocular importante, fotofobia, redução da acuidade visual ou acometimento corneano sugerem diagnóstico diferente ou doença mais grave.

CONJUNTIVITE BACTERIANA AGUDA

Descrição: infecção bacteriana da conjuntiva, geralmente autolimitada, caracterizada principalmente por hiperemia ocular e secreção mucopurulenta.

Contexto Clínico: comum após contato com pessoas infectadas, manipulação ocular ou contaminação local; usuários de lentes de contato apresentam maior risco de ceratite bacteriana.

Sinais Clínicos: hiperemia conjuntival, secreção purulenta/mucopurulenta, sensação de areia, ardor e pálpebras aderidas ao despertar; pode iniciar unilateral e tornar-se bilateral.

Complicações: ceratite, úlcera de córnea e comprometimento visual, principalmente em usuários de lentes de contato ou infecções hiperagudas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oftálmico

1. Tobramicina 0,3% solução oftálmica _____ 1 frasco

Pingar **1–2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) de 4/4h por 7 dias.**

2. Lágrima artificial / hialuronato de sódio 0,15% _____ 1 frasco

Pingar **1 gota no(s) olho(s) afetado(s) de 4/4–6/6h, se ardor ou desconforto.**

3. Soro fisiológico 0,9% _____ 1 frasco

Utilizar para **higiene ocular e remoção delicada das secreções, conforme necessidade.**

ALTERNATIVAS

- Outras opções tópicas incluem **polimixina B + trimetoprima** ou fluoroquinolona oftálmica, conforme disponibilidade e perfil clínico.
- **Usuários de lentes de contato:** suspender imediatamente as lentes; devido ao maior risco de ceratite por gram-negativos/*Pseudomonas*, considerar fluoroquinolona tópica e avaliação oftalmológica.
- Alergia/intolerância a aminoglicosídeos: escolher antibiótico oftálmico de outra classe.
- Gestação/lactação: individualizar conforme medicamento e conferir bula/protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Casos leves podem ser **autolimitados**, mas antibiótico tópico pode reduzir duração dos sintomas.
- Secreção purulenta/mucopurulenta favorece etiologia bacteriana; secreção aquosa e sintomas respiratórios sugerem causa viral.
- **Corticoide oftálmico não deve ser usado rotineiramente** sem avaliação oftalmológica.
- Dor ocular importante, fotofobia ou redução da acuidade visual não são típicas de conjuntivite simples e sugerem acometimento corneano/outro diagnóstico.
- Secreção purulenta **muito abundante e de início hiperagudo** sugere conjuntivite gonocócica, que necessita tratamento sistêmico e avaliação urgente.
- Não encostar a ponta do frasco nos olhos ou cílios.
- Suspender lentes de contato durante o quadro e substituir/desinfetar lentes e estojo antes de reutilizar.
- Ausência de melhora em 48–72h exige reavaliação diagnóstica.

CONJUNTIVITE VIRAL

Descrição: inflamação viral da conjuntiva, geralmente causada por adenovírus, de evolução autolimitada e alta transmissibilidade.

Contexto Clínico: frequentemente associada a quadro respiratório viral, contato com pessoa infectada ou surtos em ambientes coletivos; costuma iniciar em um olho e acometer o outro após alguns dias.

Sinais Clínicos: hiperemia ocular, lacrimejamento, secreção aquosa, ardor, sensação de areia, edema palpebral e possível linfonodo pré-auricular doloroso.

Complicações: ceratoconjuntivite, infiltrados subepiteliais corneanos, fotofobia persistente e redução temporária da acuidade visual.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oftálmico

1. Hialuronato de sódio 0,15% / lágrima artificial _____ 1 frasco

Pingar **1 gota no(s) olho(s) afetado(s) de 4/4–6/6h ou conforme necessidade**, enquanto houver desconforto.

2. Soro fisiológico 0,9% _____ 1 frasco

Utilizar para **higiene ocular e remoção delicada das secreções, conforme necessidade**.

ALTERNATIVAS

- Outros **lubrificantes oculares sem conservantes** podem substituir o hialuronato.
- Se houver prurido importante e componente alérgico associado, considerar anti-histamínico oftálmico.
- Conjuntivite por **herpes simples ou herpes-zoster** exige abordagem específica com antiviral e não deve ser tratada como adenoviral simples.
- Casos com comprometimento corneano importante podem necessitar tratamento específico pelo oftalmologista.

OBSERVAÇÕES

- **Não prescrever antibiótico tópico de rotina** na conjuntivite viral.
- Compressas frias podem ser utilizadas por **10–15 minutos, 3–4x/dia**, para alívio dos sintomas.
- **Corticoide oftálmico não deve ser utilizado rotineiramente**; pode prolongar replicação viral e mascarar infecções herpéticas.
- Suspender uso de lentes de contato até resolução completa do quadro.
- Orientar higiene rigorosa das mãos, evitar compartilhar toalhas, travesseiros, maquiagem e colírios.
- Adenovírus apresenta alta transmissibilidade; evitar manipular os olhos e contaminar o frasco do colírio.
- Dor ocular intensa, fotofobia importante ou redução da acuidade visual não são características de conjuntivite viral simples e exigem reavaliação.
- Ausência de melhora após 7–10 dias ou piora progressiva deve motivar reavaliação diagnóstica.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL

Descrição: redução da frequência evacuatória e/ou dificuldade para evacuar, com fezes endurecidas, esforço excessivo ou sensação de evacuação incompleta.

Contexto Clínico: comum em baixa ingestão de fibras/líquidos, sedentarismo, idosos, gestação e uso de medicamentos como opioides, anticolinérgicos, ferro e alguns antidepressivos.

Sinais Clínicos: evacuações infrequentes, fezes ressecadas, esforço evacuatório, sensação de obstrução ou esvaziamento incompleto e distensão abdominal.

Complicações: fecaloma, fissura anal, hemorroidas, retenção fecal e, raramente, obstrução ou colite estercoral.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral — Primeira opção

1. Macrogol / PEG 4000 10 g _____ 20 sachês

Dissolver **1–2 sachês (10–20 g) em água e tomar VO, 1x/dia.**

Ajustar conforme consistência e frequência das evacuações.

ALTERNATIVAS

- **Lactulose 667 mg/mL:** iniciar **15–30 mL VO ao dia**, em dose única ou dividida; ajustar conforme resposta.
- **Bisacodil 5 mg:** tomar **1–2 comprimidos VO à noite**, por curto período ou como resgate quando necessário.
- **Psyllium:** opção quando houver baixa ingestão de fibras, desde que o paciente consiga manter boa ingestão hídrica.
- Gestação: PEG e lactulose apresentam baixa absorção sistêmica e podem ser considerados conforme avaliação clínica.
- Suspeita de impactação fecal exige abordagem específica; não tratar automaticamente como constipação simples.

OBSERVAÇÕES

- **PEG é uma das opções com melhor evidência para constipação idiopática crônica.**
- O efeito do PEG geralmente aparece em **24–48h**; lactulose pode levar **2–3 dias**.
- Reduzir a dose se ocorrer diarreia.
- **Óleo mineral não é opção de rotina**, especialmente em idosos, pacientes acamados, disfagia ou risco de aspiração.
- Evitar laxantes se houver suspeita de obstrução intestinal, perfuração ou abdome agudo.
- Início recente da constipação associado a perda ponderal, anemia, sangramento, massa abdominal ou mudança persistente do hábito intestinal exige investigação.
- Revisar medicamentos constipantes e causas metabólicas quando o quadro for persistente.
- Em idosos e pacientes com DRC, monitorar hidratação e distúrbios hidroeletrólíticos conforme contexto.

HIPERTENSÃO ARTERIAL — DIAGNÓSTICO NO PRONTO ATENDIMENTO

Descrição: elevação persistente da pressão arterial. No consultório, HAS é definida por PA $\geq 140/90$ mmHg, idealmente confirmada em medidas realizadas em ocasiões diferentes.

Sinais Clínicos: geralmente assintomática. Cefaleia, tontura e mal-estar são inespecíficos e não definem gravidade isoladamente. frequentemente descoberta incidentalmente no PA em paciente assintomático.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

HAS ESTÁGIO 1 — PA 140–159 e/ou 90–99 mmHg

Baixo risco cardiovascular: considerar monoterapia.

1. Losartana 50 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1x/dia, continuamente.

OU

2. Anlodipino 5 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1x/dia, continuamente.

HAS ESTÁGIO 2 — PA 160–179 e/ou 100–109 mmHg

1. Losartana 50 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1x/dia, continuamente.

+

2. Anlodipino 5 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1x/dia, continuamente.

Preferir associação em **comprimido único**, quando disponível.

ALTERNATIVAS

- **Estágio 1 de risco moderado/alto:** considerar iniciar diretamente combinação de 2 fármacos.
- **DRC com albuminúria:** preferir IECA ou BRA, monitorando creatinina e potássio.
- Idoso muito idoso, frágil ou com hipotensão postural: preferir **monoterapia inicial em baixa dose**.

OBSERVAÇÕES

- Diagnóstico de HAS deve, idealmente, ser confirmado em **duas ocasiões diferentes e/ou por MRPA/MAPA**.
- **Estágio 1 de baixo risco não exige obrigatoriamente início imediato de medicamento;** individualizar conforme risco cardiovascular.
- Estágio 1 moderado/alto e Estágio 2 geralmente se beneficiam de **combinação inicial de 2 fármacos**.
- Antes de IECA/BRA, avaliar **creatinina, potássio, gestação e possibilidade de estenose bilateral de artéria renal**.
- Tiazídicos podem provocar hiponatremia, hipocalemia e aumento do ácido úrico.
- Não associar **IECA + BRA**.
- Betabloqueador não é primeira escolha isolada sem indicação específica, como IC, pós-IAM, angina, FA ou controle de frequência cardíaca.
- **Não tentar normalizar rapidamente PA elevada assintomática no PA** com doses repetidas de anti-hipertensivos. Primeiro excluir emergência hipertensiva/lesão aguda de órgão-alvo.

DENGUE SEM SINAIS DE ALARME — GRUPO A

Descrição: arbovirose causada pelo vírus da dengue, transmitida pelo *Aedes aegypti*, geralmente autolimitada, mas com potencial de evolução para formas graves.

Contexto Clínico: suspeitar em quadro febril agudo, especialmente em área de transmissão, associado a cefaleia, mialgia, artralgia, dor retro-orbitária, náuseas ou exantema.

Sinais Clínicos: febre, cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração, náuseas/vômitos, exantema e possíveis manifestações hemorrágicas leves.

Complicações: extravasamento plasmático, sangramento grave, choque, disfunção orgânica e dengue grave, principalmente durante a defervescência.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar **1–2 comprimidos VO de 6/6h se dor ou febre.**

2. Sais de Reidratação Oral (SRO) _____ 6 SACHES

Prescrever hidratação total de **60 mL/kg/dia**, sendo aproximadamente **1/3 do volume com SRO e 2/3 com outros líquidos** (água, sucos, água de coco, chás etc.).

3. Metoclopramida 10 mg _____ 10 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 8/8h se náuseas ou vômitos.**

ALTERNATIVAS

- **Paracetamol 500–750 mg VO de 6/6–8/8h se dor ou febre**, respeitando dose máxima diária e fatores de risco hepático.
- Se intolerância à hidratação oral, vômitos persistentes ou surgimento de sinais de alarme, o manejo deixa de ser domiciliar e deve ser reavaliado.
- Gestantes, idosos >65 anos e pacientes com comorbidades pertencem a grupo de maior risco e necessitam avaliação/seguimento mais rigorosos.
- Antiemético alternativo pode ser utilizado conforme perfil clínico e protocolo local.

OBSERVAÇÕES

- **Não utilizar AAS ou AINEs:** evitar ibuprofeno, cetoprofeno, diclofenaco, naproxeno, nimesulida e semelhantes.
- **Corticoides não são indicados rotineiramente** no tratamento da dengue.
- A hidratação deve ser calculada pelo **peso**, e não prescrita em volume fixo para todos os adultos.
- Os sinais de alarme costumam surgir na **queda da febre, entre o 3º e o 7º dia**.
- Atenção para dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, sangramento de mucosa, lipotímia/hipotensão postural, letargia, acúmulo de líquidos e aumento progressivo do hematócrito.
- Grupo B exige **hemograma e acompanhamento clínico/laboratorial**, mesmo sem sinais de alarme.
- Orientar retorno para reavaliação **no dia da melhora da febre**; se a febre não cessar, reavaliar no 5º dia da doença.

GASTROENTERITE AGUDA / GECA / GEA / DIARREIA AGUDA — ADULTO

Descrição: quadro agudo de aumento da frequência e/ou redução da consistência das evacuações, geralmente de etiologia infecciosa viral ou bacteriana e, na maioria dos casos, autolimitado.

Sinais Clínicos: diarreia aquosa, cólicas abdominais, náuseas, vômitos, febre e mal-estar. Sangue/muco, tenesmo e febre alta sugerem disenteria.

Complicações: desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, lesão renal aguda e, em infecções bacterianas invasivas, bacteremia/seps.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Sais de Reidratação Oral (SRO) _____ quantidade suficiente

Tomar **200–400 mL** após cada evacuação diarreica, em pequenos volumes e de forma frequente, conforme tolerância.

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar **1–2 comprimidos VO de 6/6h** se dor ou febre.

3. Metoclopramida 10 mg _____ 10 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 8/8h** se náuseas ou vômitos.

4. Butilbrometo de escopolamina 10 mg _____ 10 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 8/8h** se cólica abdominal, por curto período.

ALTERNATIVAS

- **Diarreia aquosa simples, sem febre alta ou sangue:** antibiótico **não é indicado de rotina**.
- **Disenteria + comprometimento do estado geral:**
- 5. **Ciprofloxacino 500 mg VO de 12/12h por 3 dias.**
- Resistência local, viagem recente, gestação ou contraindicação à fluoroquinolona: individualizar antimicrobiano conforme epidemiologia/protocolo atualizado.
- **Loperamida** pode ser considerada em adulto com diarreia aquosa, sem febre e sem sangue; evitar em suspeita de infecção invasiva.
- Probióticos podem ser utilizados em casos selecionados, porém o benefício é variável e **não são essenciais ao tratamento**.

OBSERVAÇÕES

- **Reidratação oral é a base do tratamento.**
- Antibiótico não deve ser prescrito automaticamente para “gastroenterite bacteriana”.
- **Evitar loperamida** se sangue nas fezes, febre alta ou suspeita de colite invasiva.
- Suspeita de *E. coli* produtora de toxina Shiga: evitar antibioticoterapia empírica pelo possível aumento do risco de síndrome hemolítico-urêmica.
- Avaliar função renal e eletrólitos se desidratação importante, idosos, DRC ou perdas intensas.

INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA / VARIZES

Descrição: doença decorrente de hipertensão venosa persistente e refluxo e/ou obstrução venosa dos membros inferiores, levando a sintomas, edema e alterações cutâneas progressivas.

Sinais Clínicos: peso, dor ou queimação nas pernas, edema vespertino, varizes, prurido, câimbras e piora após longos períodos em pé.

Complicações: edema crônico, hiperpigmentação, dermatite de estase, lipodermatoesclerose, tromboflebite superficial e úlcera venosa.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Diosmina 450 mg + Hesperidina 50 mg _____ 60 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 12/12h**, por **60 dias**, com reavaliação da resposta clínica.

Compressão

2. Meia elástica de compressão 20–30 mmHg _____ 1 par

Utilizar **durante o dia**, colocando preferencialmente pela manhã e retirando ao deitar.

Se edema venoso significativo (CEAP C3): considerar compressão **20–40 mmHg**, conforme tolerância e avaliação vascular.

ALTERNATIVAS

- **Fração flavonoica purificada micronizada 1.000 mg VO 1x/dia** pode substituir a apresentação de 500 mg 12/12h, quando disponível.
- Sintomas leves sem edema: compressão ≥ 15 mmHg pode ser suficiente.
- Edema, alterações cutâneas ou síndrome pós-trombótica: preferir compressão **20–40 mmHg**.
- Gestação: priorizar medidas compressivas; uso de medicamentos venoativos deve ser individualizado.
- Suspeita de doença arterial periférica: avaliar circulação arterial/ITB antes de prescrever compressão moderada ou forte.

OBSERVAÇÕES

- **Compressão elástica é a base do tratamento conservador;** diosmina/hesperidina atua como adjuvante para sintomas e edema.
- Não manter flebotômico indefinidamente sem reavaliar benefício clínico.
- Meia até o joelho costuma ser suficiente na maioria dos casos; ajustar modelo conforme distribuição da doença.
- Evitar compressão forte em **doença arterial periférica grave**; ITB $< 0,6$ é contraindicação importante.
- Elevação dos membros, caminhada, exercícios da panturrilha e controle de peso auxiliam no tratamento.
- Edema unilateral recente, dor súbita ou assimetria importante deve levantar suspeita de TVP e não ser tratado simplesmente como insuficiência venosa.
- Varizes sintomáticas persistentes, alterações cutâneas ou úlcera justificam avaliação vascular e eco-Doppler venoso.

DIP — TRATAMENTO DA PARCEIRO SEXUAL

Descrição: tratamento das parcerias sexuais de paciente diagnosticada com doença inflamatória pélvica (DIP), visando tratar empiricamente *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* e reduzir reinfecção.

Contexto Clínico: indicar para parceiros(as) sexuais dos **últimos 60 dias**, mesmo assintomáticos. Se não houve relação nesse período, avaliar e tratar a parceria sexual mais recente.

Sinais Clínicos: frequentemente assintomáticos; quando presentes, podem ocorrer corrimento uretral/vaginal, disúria, dor pélvica, sangramento pós-coito ou dor/testicular.

Complicações: reinfecção da paciente, transmissão persistente da IST, epididimite, uretrite/cervicite e complicações reprodutivas por clamídia/gonorreia não tratadas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Intramuscular

1. Ceftriaxona 500 mg _____ 1 ampola

Administrar **500 mg IM, dose única**.

Uso Oral

2. Azitromicina 500 mg _____ 2 comprimidos

Tomar **2 comprimidos (1 g) VO, em dose única**.

ALTERNATIVAS

- **Clamídia confirmada e gonorreia excluída:** doxiciclina **100 mg VO de 12/12h por 7 dias** pode ser utilizada em não gestantes.
- **Gestação:** evitar doxiciclina; azitromicina é opção para clamídia conforme protocolo vigente.
- Alergia grave documentada a cefalosporinas: **não substituir empiricamente sem avaliar o caso**; conferir protocolo local/atualizado.
- Parceiro sintomático com epididimite, proctite, cervicite ou outra síndrome de IST deve ser avaliado e tratado conforme síndrome específica.

OBSERVAÇÕES

- Tratar as parcerias dos **últimos 2 meses**, mesmo que estejam sem sintomas.
- **O parceiro não recebe automaticamente doxiciclina + metronidazol por 14 dias**, pois esse é o esquema da paciente com DIP; a parceria é tratada empiricamente para gonorreia e clamídia.
- Oferecer testagem para **HIV, sífilis, gonorreia e clamídia**, além de outras IST conforme risco.
- Orientar abstinência sexual até que **ambos tenham sido tratados**; após esquema em dose única, aguardar pelo menos **7 dias** antes de retomar relações.
- Utilizar preservativo para reduzir reinfecção e transmissão.
- Se gonorreia/clamídia for confirmada, considerar retestagem em aproximadamente **3 meses** devido ao risco de reinfecção.
- Não utilizar ciprofloxacino empiricamente para gonorreia devido à resistência antimicrobiana.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA — DIP

Descrição: infecção ascendente do trato genital feminino superior, podendo acometer endométrio, tubas, ovários e estruturas pélvicas adjacentes.

Contexto Clínico: geralmente associada a IST, principalmente *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, podendo envolver anaeróbios e outros microrganismos da flora vaginal.

Sinais Clínicos: dor pélvica/hipogástrica, dor à mobilização do colo uterino, dor anexial, corrimento vaginal/cervical, dispareunia, sangramento irregular e, eventualmente, febre.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Intramuscular

1. Ceftriaxona 500 mg _____ 1 ampola

Administrar **500 mg IM, em dose única.**

Uso Oral

2. Doxíciclina 100 mg _____ 28 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 12/12h por 14 dias.**

3. Metronidazol 500 mg _____ 28 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 12/12h por 14 dias.**

ALTERNATIVAS

- **Cefotaxima 500 mg IM, dose única** + doxíciclina 100 mg VO 12/12h por 14 dias + metronidazol 500 mg VO 12/12h por 14 dias.
- Alergia grave a cefalosporinas: não substituir empiricamente sem avaliar risco de gonorreia e resistência local; **conferir protocolo atualizado.**
- **Gestação:** não utilizar doxíciclina; DIP na gestante é indicação de **manejo hospitalar com antibioticoterapia parenteral (Clindamicina 900 mg EV de 8/8h + Gentamicina 3–5 mg/kg EV ou IM, 1x/dia).**
- Intolerância importante ao metronidazol ou contraindicações relevantes: individualizar conforme protocolo e microbiologia.

OBSERVAÇÕES

- A associação dos **3 antibióticos** é o esquema ambulatorial de primeira escolha; não omitir ceftriaxona mesmo com testes iniciais negativos para gonorreia.
- Iniciar tratamento diante de **suspeita clínica**, sem aguardar obrigatoriamente confirmação laboratorial.
- Reavaliar em **até 72h**; ausência de melhora exige revisão do diagnóstico e consideração de tratamento hospitalar.
- Solicitar testes para **HIV, sífilis, gonorreia e clamídia**, além de teste de gravidez conforme contexto.
- Tratar empiricamente as **parcerias sexuais dos últimos 60 dias** para gonorreia e clamídia.
- Orientar abstinência sexual até término do tratamento, resolução dos sintomas e tratamento das parcerias.
- Não utilizar quinolonas empiricamente devido à resistência de *N. gonorrhoeae*.
- Gestação, abscesso tubo-ovariano, doença grave, vômitos/intolerância VO, dúvida com emergência cirúrgica ou falha após 72h favorecem **internação.**

DONOVANOSE / LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

Descrição: IST bacterianas que podem causar úlcera genital. A donovanose é causada por *Klebsiella granulomatis*; o LGV, por sorovares L1–L3 de *Chlamydia trachomatis*.

Contexto Clínico: considerar em pacientes sexualmente ativos com úlcera genital persistente, adenopatia inguinal ou proctocolite, após investigação de outras causas de úlcera genital.

Sinais Clínicos: donovanose: úlcera crônica, indolor, vermelho-viva, friável e facilmente sangrante. **LGV:** pequena úlcera inicial, seguida de linfonodos inguinais/femorais dolorosos ou proctocolite com dor, tenesmo e secreção/sangramento retal.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

LINFOGRANULOMA VENÉREO — Uso Oral

1. Doxiciclina 100 mg _____ 42 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h por 21 dias.

DONOVANOSE — Uso Oral

1. Azitromicina 500 mg _____ 6 comprimidos (mínimo)

Tomar 2 comprimidos (1 g) VO, 1 vez por semana, por pelo menos 3 semanas e até cicatrização completa das lesões.

ALTERNATIVAS

- **LGV:** azitromicina 1 g VO, 1x/semana por 3 semanas; opção preferencial na gestação segundo o PCDT brasileiro.
- **Donovanose:** doxiciclina 100 mg VO de 12/12h por pelo menos 21 dias e até desaparecimento completo das lesões.
- **Gestação:** evitar doxiciclina; preferir esquema com azitromicina conforme diagnóstico e protocolo vigente.
- Donovanose sem resposta clínica inicial: reavaliar diagnóstico e tratamento; casos graves podem exigir terapia adicional especializada.

OBSERVAÇÕES

- Na **donovanose**, 21 dias não são necessariamente suficientes: manter tratamento até cicatrização/desaparecimento completo das lesões.
- No **LGV**, bubões volumosos podem necessitar aspiração/drenagem além do antibiótico.
- Investigar outras IST, especialmente **HIV e sífilis**, além de gonorreia/clamídia conforme contexto.
- **LGV:** tratar as parcerias sexuais; parceria sintomática recebe o mesmo esquema do caso índice.
- Parceria assintomática de LGV: PCDT brasileiro recomenda **azitromicina 1 g VO dose única OU doxiciclina 100 mg 12/12h por 7 dias**.
- **Donovanose:** o PCDT brasileiro não recomenda tratamento rotineiro das parcerias devido à baixa infectividade.
- Orientar abstinência sexual até tratamento adequado e resolução clínica.

ENTEROBÍASE (OXIURIÁSE) / VERMINOSE POR *ENTEROBIUS VERMICULARIS*

Descrição: helmintíase intestinal causada pelo *Enterobius vermicularis*, caracterizada principalmente por prurido anal, sobretudo noturno, e elevada taxa de reinfecção.

Contexto Clínico: comum em ambientes domiciliares com transmissão entre contactantes, instituições coletivas e situações de higiene inadequada das mãos/unhas.

Sinais Clínicos: prurido perianal noturno, irritabilidade, sono prejudicado, escoriações perianais e, ocasionalmente, dor abdominal ou vulvovaginite.

Complicações: dermatite/infecção secundária por escoriação, vulvovaginite e reinfecção recorrente entre membros do domicílio.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Albendazol 400 mg _____ 2 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO, em dose única.**

Repetir 1 comprimido após 14 dias.

ALTERNATIVAS

- **Mebendazol 100 mg VO, dose única; repetir após 14 dias.**
- **Pamoato de pirantel 11 mg/kg VO, dose única (máx. 1 g); repetir após 14 dias.**
- **Gestação:** evitar tratamento empírico com benzimidazólicos, especialmente no início da gestação.

OBSERVAÇÕES

- **A segunda dose após 14 dias é fundamental**, pois os medicamentos eliminam os vermes, mas não os ovos.
- Considerar tratar **simultaneamente conviventes domiciliares/cuidadores**, principalmente quando houver casos recorrentes.
- Orientar higiene rigorosa das mãos, unhas curtas, banho pela manhã e troca frequente de roupas íntimas, toalhas e roupa de cama.
- O **teste da fita adesiva perianal** é mais útil para diagnóstico de enterobíase do que o parasitológico de fezes.
- Prurido persistente após tratamento adequado deve motivar revisão diagnóstica e investigação de reinfecção.
- Não utilizar o mesmo esquema para todas as “verminoses”: **ascaridíase, ancilostomíase, estrogiloidíase, teníase e esquistossomose podem exigir esquemas diferentes**. O Ministério da Saúde reconhece albendazol como opção para geo-helmintíases, mas a escolha depende do parasito.

VERMINOSE / PARASITOSE INTESTINAL — TRATAMENTO EMPÍRICO

Descrição: infecção intestinal por helmintos ou protozoários, frequentemente assintomática ou associada a sintomas gastrointestinais inespecíficos. O tratamento empírico deve ser reservado a casos selecionados, quando não há definição etiológica inicial.

Contexto Clínico: considerar em pacientes com exposição epidemiológica compatível, saneamento inadequado, ingestão de água/alimentos contaminados, contato com solo ou história sugestiva de parasitose intestinal.

Sinais Clínicos: dor/cólica abdominal, distensão, diarreia ou alteração do hábito intestinal, náuseas, prurido anal, perda ponderal e eventualmente eosinofilia.

Complicações: anemia, desnutrição, obstrução intestinal e complicações específicas conforme o parasito.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Nitazoxanida 500 mg _____ 6 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 12/12h por 3 dias, junto às refeições.**

ALTERNATIVAS

- **Geo-helmintíases** (*Ascaris*, *Trichuris*, *Ancylostoma/Necator*): **albendazol 400 mg VO, dose única** é opção preferencial utilizada pelo Ministério da Saúde.
- **Enterobíase:** preferir albendazol 400 mg VO, dose única, **repetindo após 14 dias.**
- **Estrongiloidíase:** preferir **ivermectina 200 mcg/kg/dia por 1–2 dias.**
- **Teníase:** preferir tratamento específico com **praziquantel**, conforme espécie/contexto.
- Gestação ou lactação: utilizar somente após avaliação individual de risco/benefício e **conferir protocolo atualizado.**

OBSERVAÇÕES

- A nitazoxanida possui indicação em bula para *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*, *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Trichuris trichiura*, *Taenia* spp. e *Hymenolepis nana*.
- Também possui atividade para algumas protozooses intestinais, como giardíase, amebíase, blastocistose, balantidíase e isosporíase.
- **Não considerar nitazoxanida um “vermífugo universal”.** Se houver suspeita de parasito específico, utilizar o tratamento preferencial correspondente.
- **Não trata esquistossomose como esquema padrão;** esquistossomose requer praziquantel.
- Em suspeita de estrongiloidíase, principalmente antes de corticoterapia/imunossupressão, priorizar investigação e tratamento específico.
- Solicitar parasitológico de fezes quando houver quadro persistente/recorrente, perda ponderal, anemia, imunossupressão ou dúvida etiológica.
- Se sintomas persistirem após tratamento empírico, investigar antes de repetir antiparasitário.
- Administrar nitazoxanida **com alimentos**, pois isso aumenta sua absorção.

ESQUISTOSSOMOSE

Descrição: parasitose causada pelo *Schistosoma mansoni*, adquirida pelo contato da pele com água doce contaminada por cercárias.

Contexto Clínico: considerar em pacientes residentes ou provenientes de áreas endêmicas, especialmente com história de banho, pesca ou contato ocupacional com rios, córregos, lagoas ou canais.

Sinais Clínicos: dor abdominal, diarreia, sangue nas fezes, fadiga, eosinofilia e hepatosplenomegalia; na fase aguda pode ocorrer febre e manifestações sistêmicas.

Complicações: fibrose hepática, hipertensão portal, esplenomegalia, varizes esofágicas, hemorragia digestiva, hipertensão pulmonar e formas neurológicas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Praziquantel 600 mg _____ quantidade conforme peso

Tomar **50 mg/kg VO, em dose única, após uma refeição.**

Calcular o número de comprimidos conforme o peso corporal e tabela oficial do Ministério da Saúde.

ALTERNATIVAS

- Atualmente, o **praziquantel é o tratamento específico utilizado pelo Ministério da Saúde** para esquistossomose mansoni.
- Gestação: o Ministério da Saúde recomenda **não utilizar rotineiramente**; individualizar risco/benefício.
- Amamentação: se o medicamento for utilizado, o protocolo do MS orienta suspensão da amamentação por **72 horas**.
- Insuficiência hepática grave, insuficiência renal ou descompensação clínica importante: individualizar e **conferir protocolo atualizado**.

OBSERVAÇÕES

- Para adultos, a dose recomendada pelo Ministério da Saúde é **50 mg/kg VO, preferencialmente em dose única**.
- Orientar **repouso por pelo menos 3 horas após a administração**, devido a tontura, náuseas e mal-estar transitórios.
- O diagnóstico é geralmente realizado pela pesquisa de ovos nas fezes; formas graves podem exigir exames complementares.
- Para controle de cura, o protocolo nacional orienta **Kato-Katz em 3 amostras de fezes em dias alternados, iniciando 40 dias após o tratamento**. Casos positivos devem ser novamente tratados conforme protocolo.
- Forma hepatoesplênica, hipertensão portal, sangramento digestivo ou comprometimento neurológico exigem avaliação específica além do antiparasitário.
- Esquistossomose aguda grave possui manejo diferente**, podendo exigir corticosteroide associado e tratamento supervisionado; não aplicar automaticamente este esquema ambulatorial simples.

LARVA MIGRANS CUTÂNEA — BICHO GEOGRÁFICO

Descrição: dermatose parasitária causada pela migração de larvas de ancilostomídeos de cães e gatos na epiderme, principalmente *Ancylostoma* spp.

Contexto Clínico: comum após contato da pele descalça ou descoberta com areia/solo contaminado, especialmente praias, quintais, parques e caixas de areia.

Sinais Clínicos: lesão eritematosa **linear ou serpiginosa, intensamente pruriginosa e progressiva**, geralmente em pés, pernas, nádegas ou mãos.

Complicações: escoriações, infecção bacteriana secundária e, raramente, manifestações eosinofílicas ou acometimento mais profundo.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Ivermectina 6 mg _____ quantidade conforme peso

Administrar **200 mcg/kg VO, em dose única**.

ALTERNATIVAS

- **Albendazol 400 mg** _____ 3–7 comprimidos
Tomar **1 comprimido VO, 1x/dia, por 3–7 dias**.
- Em casos extensos, foliculite associada, resposta incompleta ou recorrência, pode ser necessário **novo tratamento/doses adicionais**, após reavaliação.
- Gestação: ivermectina e albendazol devem ser individualizados conforme risco/benefício; **conferir protocolo atualizado**.
- Prurido importante: pode-se associar tratamento sintomático com anti-histamínico ou corticoide tópico por curto período; não substitui o antiparasitário.

OBSERVAÇÕES

- **Ivermectina 200 mcg/kg em dose única é uma das opções preferenciais** para adultos.
- Albendazol **400 mg/dia por 3–7 dias** apresenta boa eficácia e é alternativa prática.
- A doença costuma ser autolimitada em aproximadamente **5–6 semanas**, porém o tratamento acelera resolução e reduz prurido.
- **Não realizar crioterapia rotineiramente:** a extremidade visível da lesão não corresponde necessariamente à localização exata da larva.
- Diferenciar de **larva currens da estrongiloidíase**, que apresenta progressão muito mais rápida e exige tratamento específico para *Strongyloides*.
- Avaliar antibiótico apenas se houver **infecção bacteriana secundária**; não utilizar de rotina.
- Persistência/progressão após tratamento adequado exige reavaliação diagnóstica.

TENÍASE INTESTINAL

Descrição: infecção intestinal causada principalmente por *Taenia saginata* ou *Taenia solium*, adquirida pela ingestão de carne bovina ou suína crua/malcozida contendo cisticercos.

Contexto Clínico: suspeitar em pacientes com eliminação de proglotes nas fezes, história epidemiológica compatível ou sintomas gastrointestinais inespecíficos.

Sinais Clínicos: frequentemente assintomática; pode causar dor abdominal, náuseas, alteração do apetite, perda ponderal e eliminação de segmentos móveis nas fezes.

Complicações: raramente obstrução ou migração para vias biliares/pancreáticas. Na infecção por *T. solium*, há importância epidemiológica pelo risco de cisticercose.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Praziquantel 600 mg _____ quantidade conforme peso
Tomar **10 mg/kg VO, em dose única, durante ou logo após uma refeição.**

ALTERNATIVAS

- **Praziquantel 5–10 mg/kg VO, dose única** é o intervalo terapêutico recomendado; **10 mg/kg apresenta maior taxa de cura** nos dados disponíveis.
- **Albendazol 400 mg VO 1x/dia por 3 dias**, se praziquantel indisponível.
- **Niclosamida 2 g VO, dose única**, quando disponível.
- Gestação e lactação: individualizar risco/benefício e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- **Praziquantel é o tratamento preferencial da teníase intestinal.**
- Antes do tratamento, investigar história de **convulsão, cefaleia persistente, déficit neurológico ou sinais de hipertensão intracraniana.**
- Em suspeita de **neurocisticercose**, não tratar empiricamente como teníase simples; praziquantel/albendazol podem desencadear inflamação dos cistos e manifestações neurológicas.
- Se necessário, coletar fezes nos primeiros **3 dias após o tratamento** para identificação de proglotes/escólex.
- Considerar parasitológico de fezes em **1 e 3 meses** para documentar cura.
- Diferenciar **teníase intestinal** de **cisticercose**: são condições distintas e possuem tratamentos diferentes.
- Nitazoxanida não deve substituir o tratamento específico quando a teníase estiver estabelecida.

GIARDÍASE

VISÃO GERAL

Descrição: protozoose intestinal causada por *Giardia duodenalis* (*G. lamblia*), adquirida principalmente pela ingestão de água ou alimentos contaminados.

Contexto Clínico: comum após consumo de água não tratada, viagens, surtos domiciliares/institucionais e exposição fecal-oral.

Sinais Clínicos: diarreia aquosa ou gordurosa, cólicas, distensão abdominal, flatulência, náuseas, perda de peso e fezes fétidas; febre e sangue nas fezes são incomuns.

Complicações: desidratação, má absorção, intolerância transitória à lactose, perda ponderal e sintomas gastrointestinais persistentes.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Metronidazol 250 mg _____ 15 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 8/8h por 5 dias**.

ALTERNATIVAS

- **Tinidazol 500 mg:** tomar **4 comprimidos (2 g) VO, em dose única**, após refeição.
- **Nitazoxanida 500 mg:** tomar **1 comprimido VO de 12/12h por 3 dias, junto às refeições**; alternativa prática quando disponível. O CDC reconhece nitazoxanida entre os tratamentos efetivos para giardíase.
- **Gestação:** individualizar tratamento; evitar automedicação com tinidazol e conferir protocolo obstétrico atualizado.
- **Falha terapêutica:** confirmar adesão e excluir **reinfecção** antes de trocar ou combinar medicamentos.

OBSERVAÇÕES

- **Metronidazol é opção clássica e disponível no SUS** para giardíase.
- Manter hidratação adequada se houver diarreia.
- Evitar bebidas alcoólicas durante o uso de metronidazol e conforme intervalo recomendado em bula após o término.
- Diarreia com sangue ou febre alta sugere diagnóstico alternativo; não atribuir automaticamente à giardíase.
- Em quadro persistente ou recorrente, considerar pesquisa de *Giardia* por **parasitológico/antígeno em fezes**.
- Após falha terapêutica, o CDC recomenda confirmar persistência da infecção com **3 amostras de fezes em dias diferentes**, além de investigar reinfecção e adesão.
- Sintomas gastrointestinais podem persistir por semanas mesmo após erradicação do parasito.
- Não há necessidade de antibiótico antibacteriano associado na giardíase isolada.

AMEBÍASE INTESTINAL / COLITE AMEBIANA

VISÃO GERAL

Descrição: protozoose causada por *Entamoeba histolytica*, podendo variar de colonização assintomática a colite invasiva com disenteria.

Contexto Clínico: associada à ingestão de água/alimentos contaminados, saneamento inadequado, viagens para áreas endêmicas e transmissão fecal-oral.

Sinais Clínicos: diarreia, cólicas e dor abdominal, tenesmo e, nas formas invasivas, evacuações com sangue e muco.

Complicações: colite fulminante, megacólon tóxico, perfuração intestinal e disseminação extraintestinal, principalmente **abscesso hepático amebiano**.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Metronidazol 500 mg _____ 30 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 8/8h por 10 dias**.

Após completar o metronidazol

2. Paromomicina _____ quantidade conforme peso

Tomar **25–35 mg/kg/dia VO, divididos em 3 tomadas, por 7 dias, com as refeições**.

Objetivo: erradicação dos cistos intraluminais após tratamento da doença invasiva.

ALTERNATIVAS

- **Tinidazol 500 mg:** tomar **4 comprimidos (2 g) VO, 1x/dia por 3 dias**, seguido de amebicida luminal.
- **Paromomicina indisponível:** utilizar amebicida luminal disponível conforme protocolo local/atualizado.
- **Portador assintomático com *E. histolytica* confirmada:** utilizar **amebicida luminal**, sem necessidade de nitroimidazólico sistêmico.
- **Gestação:** individualizar o esquema e **conferir protocolo obstétrico atualizado**; evitar tinidazol quando contraindicado.

OBSERVAÇÕES

- **Metronidazol isoladamente não é o esquema ideal completo:** após doença invasiva, diretrizes atuais recomendam um agente luminal.
- Microscopia comum pode **não diferenciar *E. histolytica* de *E. dispar***; esta última geralmente não necessita tratamento. PCR ou pesquisa de antígeno aumentam a especificidade diagnóstica.
- Evitar **loperamida** em disenteria/colite invasiva.
- **Evitar corticoide** sem excluir amebíase invasiva em paciente com colite, pois pode precipitar doença fulminante.
- Diarreia sanguinolenta não deve ser automaticamente atribuída à amebíase; considerar causas bacterianas e doença inflamatória intestinal.
- Febre persistente, dor em hipocôndrio direito ou hepatomegalia → investigar **abscesso hepático amebiano**, cujo manejo é diferente.

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE) / PIROSE

VISÃO GERAL

Descrição: refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, causando sintomas típicos como pirose e regurgitação e, eventualmente, lesões da mucosa esofágica.

Contexto Clínico: comum em adultos, especialmente após refeições volumosas, obesidade, gestação, hérnia hiatal e uso de medicamentos que favorecem refluxo.

Sinais Clínicos: pirose retroesternal, regurgitação ácida, gosto amargo na boca, piora pós-prandial ou ao deitar e, ocasionalmente, dor torácica não cardíaca.

Complicações: esofagite erosiva, estenose péptica, sangramento e esôfago de Barrett.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Omeprazol 20 mg _____ 56 cápsulas

Tomar **1 cápsula VO** pela manhã, 30–60 minutos antes do café da manhã, por 8 semanas.

ALTERNATIVAS

- **Pantoprazol 40 mg VO 1x/dia**, 30–60 minutos antes do café da manhã, por 8 semanas.
- **Esomeprazol 20 mg VO 1x/dia**, 30–60 minutos antes do café da manhã, por 8 semanas.
- Sintomas leves/intermitentes: **famotidina 20 mg VO 1–2x/dia**, conforme necessidade; ajustar em DRC.
- Alginato/antiácido pode ser utilizado **como resgate para sintomas ocasionais**, conforme apresentação comercial.
- Gestação: priorizar medidas não farmacológicas e individualizar antiácido/alginato, antagonista H2 ou IBP conforme necessidade e protocolo obstétrico.

OBSERVAÇÕES

- **IBP é tratamento de primeira escolha** para sintomas típicos frequentes de DRGE; realizar teste terapêutico por aproximadamente **8 semanas**.
- Orientar uso correto: IBP deve ser tomado **30–60 minutos antes da refeição**, e não após comer ou apenas quando surgir a pirose.
- Se houver boa resposta e ausência de indicação de manutenção contínua, tentar **redução para a menor dose eficaz, uso sob demanda ou suspensão** após o período inicial.
- Falha terapêutica: confirmar adesão e horário de uso antes de aumentar dose ou trocar o IBP.
- **Disfagia, odinofagia, sangramento digestivo, anemia, perda ponderal, vômitos persistentes ou sintomas refratários** indicam investigação/endoscopia conforme contexto.
- Dor torácica aguda deve ter **causa cardíaca excluída** antes de ser atribuída ao refluxo.
- Evitar manutenção indefinida de IBP sem indicação e reavaliação periódica.
- Elevação da cabeceira e evitar refeições nas **2–3 horas antes de deitar** podem ajudar especialmente em sintomas noturnos.

IMPETIGO

Descrição: infecção bacteriana superficial e contagiosa da pele, causada principalmente por *Staphylococcus aureus* e/ou *Streptococcus pyogenes*. Pode ser não bolhoso ou bolhoso.

Contexto Clínico: comum após pequenas lesões cutâneas, escoriações, picadas de insetos, dermatites ou contato próximo com pessoa infectada; favorecido por ambientes quentes e úmidos.

Sinais Clínicos: vesículas/pústulas que se rompem e formam **crostas melicéricas**, geralmente em face e extremidades. Forma bolhosa apresenta bolhas flácidas superficiais.

Complicações: disseminação local, celulite, ectima e, raramente, glomerulonefrite pós-estreptocócica.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico — poucas lesões/localizado

1. **Mupirocina 2% pomada** _____ **1 tubo**

Aplicar fina camada sobre as lesões **2x/dia por 5 dias**.

Uso Oral — múltiplas lesões, doença extensa ou ectima

1. **Cefalexina 500 mg** _____ **28 cápsulas**

Tomar **1 cápsula VO de 6/6h por 7 dias**.

ALTERNATIVAS

- Suspeita/confirmada infecção por **MRSA**: considerar **doxiciclina 100 mg VO de 12/12h por 7 dias** ou outro antimicrobiano conforme cultura e epidemiologia local.
- Alergia imediata grave a betalactâmicos: considerar **clindamicina**, conforme perfil de resistência local.
- Gestação: evitar doxiciclina; preferir betalactâmico adequado quando não houver alergia.
- Se cultura demonstrar exclusivamente *S. pyogenes*, penicilina é opção direcionada.

OBSERVAÇÕES

- **Poucas lesões:** preferir antibiótico tópico; **numerosas lesões ou surtos:** preferir tratamento oral.
- Não é necessário associar rotineiramente **mupirocina + antibiótico oral** em casos simples.
- Limpar suavemente as crostas antes da aplicação tópica, sem traumatizar a pele.
- **Cultura não é obrigatória nos casos típicos**; considerar em falha terapêutica, recorrência ou suspeita de MRSA.
- Não utilizar corticoide tópico isoladamente sobre impetigo ativo.
- Evitar uso prolongado/repetitivo de mupirocina pelo risco de resistência.
- Ectima apresenta lesão ulcerada mais profunda e deve receber **antibiótico sistêmico**.
- Ausência de melhora em **48–72h**, progressão rápida, febre ou celulite extensa exige reavaliação.

TINEA CORPORIS / CRURIS / PEDIS — DERMATOFITOSE CUTÂNEA

VISÃO GERAL

Descrição: infecção superficial da pele causada por dermatófitos. Acomete tronco/membros (*corporis*), região inguinal (*cruris*) ou pés (*pedis*).

Contexto Clínico: favorecida por calor, umidade, suor, roupas/calçados oclusivos, contato com pessoas/animais infectados, diabetes e imunossupressão.

Sinais Clínicos: placas eritematodescamativas pruriginosas com borda ativa e clareamento central; na virilha, lesões em pregas; nos pés, descamação, fissuras e maceração interdigital.

Complicações: disseminação, recorrência, infecção bacteriana secundária, tinea incognito pelo uso inadequado de corticoide e formas extensas em imunossuprimidos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico — primeira escolha

1. Terbinafina 1% creme _____ 1 tubo

Aplicar **fina camada sobre a lesão e 1–2 cm ao redor, 1x/dia por 14 dias**, após higienizar e secar bem a região.

ALTERNATIVAS

- **Clotrimazol 1% creme:** aplicar fina camada **2x/dia por 2–4 semanas**.
- **Doença extensa, recorrente ou refratária ao tópico:** terbinafina **250 mg VO 1x/dia por 2 semanas**; alguns casos podem necessitar até 4 semanas conforme localização e resposta.
- Gestação: preferir **tratamento tópico**; evitar antifúngico sistêmico sem indicação clara e avaliação individual.
- Imunossuprimidos, lesões muito extensas ou falha terapêutica: confirmar diagnóstico micológico e considerar tratamento sistêmico.

OBSERVAÇÕES

- **Tratamento tópico é suficiente na maioria dos casos localizados.**
- Manter pele seca e tratar simultaneamente outros focos, especialmente **tinea pedis e onicomicose**, para reduzir recorrência.
- **Não utilizar associação antifúngico + corticoide de rotina**; pode mascarar a infecção e causar **tinea incognito**.
- Terbinafina tópica **não trata adequadamente tinea capitis ou onicomicose**; essas formas exigem abordagem específica.
- Se houver dúvida diagnóstica, recorrência ou falha, realizar raspado da borda ativa para exame micológico direto/cultura.
- Antes de **terbinafina oral**, avaliar função hepática; é contraindicada em doença hepática crônica ou ativa.
- Tinea pedis interdigital requer atenção especial à secagem entre os dedos e controle da umidade.
- Ausência de resposta após tratamento adequado deve levantar diagnóstico diferencial: eczema, psoríase, eritrasma ou candidíase.

PITIRÍASE VERSICOLOR

VISÃO GERAL

Descrição: micose superficial causada por proliferação de leveduras do gênero *Malassezia*, caracterizada por máculas hipo ou hiperpigmentadas com descamação fina.

Contexto Clínico: comum em adultos jovens, especialmente em clima quente/úmido, sudorese intensa, pele oleosa e imunossupressão.

Sinais Clínicos: máculas hipocrômicas, acastanhadas ou eritematosas, com descamação fina, geralmente em tronco, pescoço e braços; prurido discreto ou ausente.

Complicações: recorrência frequente e alteração residual da pigmentação, que pode persistir por semanas ou meses após cura micológica.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico — primeira escolha

1. Cetoconazol 2% shampoo _____ 1 frasco

Aplicar nas áreas acometidas, deixar agir por **3–5 minutos** e enxaguar.

Usar **1x/dia por 5 dias**.

ALTERNATIVAS

- **Sulfeto de selênio 2,5%:** aplicar nas áreas acometidas, deixar agir cerca de **10 minutos** e enxaguar; usar **1x/dia por 7 dias**.
- Lesões pequenas/localizadas: **cetoconazol 2% creme**, aplicar **1–2x/dia por 2–3 semanas**.
- Doença extensa, recorrente ou refratária ao tratamento tópico: **fluconazol 300 mg VO, 1x/semana por 2 semanas**.
- Alternativa sistêmica: **itraconazol 200 mg VO 1x/dia por 5–7 dias**.
- Gestação: preferir tratamento tópico; evitar antifúngico sistêmico sem avaliação individual.

OBSERVAÇÕES

- **Tratamento tópico é primeira escolha** na maioria dos casos; antifúngico oral fica para doença extensa, recorrente ou refratária.
- **Não utilizar cetoconazol oral** para pitiríase versicolor devido ao risco de hepatotoxicidade e alternativas mais seguras.
- **Terbinafina oral não é eficaz** contra pitiríase versicolor, apesar de funcionar para dermatofitoses.
- Persistência de manchas claras após o tratamento **não significa necessariamente falha terapêutica**; a repigmentação pode levar semanas ou meses.
- Descamação residual sugere maior possibilidade de doença ainda ativa.
- Recorrência é comum; em pacientes com episódios frequentes, considerar **profilaxia tópica periódica**, conforme protocolo.
- Se diagnóstico duvidoso, considerar exame micológico direto com KOH ou lâmpada de Wood.
- Não associar corticoide tópico de rotina.

PEDICULOSE DO COURO CABELUDO — PIOLHO

Descrição: infestação do couro cabeludo por *Pediculus humanus capitis*, transmitida principalmente por contato direto entre pessoas.

Contexto Clínico: comum em ambientes de contato próximo e domicílios com pessoa infestada; pode ocorrer em qualquer faixa etária.

Sinais Clínicos: prurido intenso, principalmente occipital e retroauricular, escoriações, presença de piolhos vivos e lêndeas aderidas aos fios.

Complicações: dermatite por escoriação, impetiginização/infecção bacteriana secundária e persistência da infestação por reinfecção ou resistência.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico — primeira escolha

1. Permetrina 1% loção capilar _____ 1 frasco

Aplicar quantidade suficiente para umedecer completamente **couro cabeludo e cabelos**, deixar agir por **10 minutos** e enxaguar.

Repetir o tratamento após 7–10 dias (preferencialmente no 9º dia).

ALTERNATIVAS

- **Ivermectina 200 mcg/kg VO, dose única; repetir após 9–10 dias**, especialmente em falha/intolerância ao tratamento tópico.
- **Ivermectina tópica 0,5%:** aplicação única, quando disponível; seguir apresentação/bula.
- Resistência ou falha após uso correto e repetição da permetrina: trocar para **outra classe de pediculicida**, evitando repetir sucessivamente o mesmo produto.
- **Gestação:** evitar ivermectina oral; preferir tratamento tópico com segurança melhor estabelecida e conferir protocolo obstétrico atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Confirmar **piolho vivo** antes de indicar tratamento; lêndeas isoladas podem permanecer aderidas mesmo após cura.
- Permetrina não elimina todos os ovos; por isso, **a segunda aplicação é importante**.
- Utilizar **pente fino** para remoção mecânica de piolhos e lêndeas.
- Examinar conviventes e contatos próximos; **tratar simultaneamente os infestados** e pessoas que compartilham a mesma cama.
- Não associar diferentes pediculicidas simultaneamente.
- Não utilizar doses excessivas nem repetir o mesmo produto mais de 2–3 vezes diante de falha.
- **Não utilizar querosene, gasolina, álcool ou outros produtos inflamáveis/tóxicos.**
- Prurido pode persistir alguns dias após tratamento bem-sucedido e não significa necessariamente infestação ativa.

HERPES GENITAL

VISÃO GERAL

Descrição: infecção sexualmente transmissível causada principalmente pelo HSV-2 e também pelo HSV-1, caracterizada por episódios de vesículas e úlceras genitais dolorosas, com possibilidade de recorrência.

Contexto Clínico: considerar diante de úlceras/vesículas genitais dolorosas, especialmente com ardor, prurido ou parestesias prodrômicas. Após o primeiro episódio, podem ocorrer reativações periódicas.

Sinais Clínicos: vesículas agrupadas que evoluem para úlceras dolorosas, ardor, prurido, disúria, dor genital e linfonodomegalia; primoinfecção pode cursar com febre e mal-estar.

Complicações: recorrências, transmissão assintomática, retenção urinária, meningite asséptica e doença disseminada em imunossuprimidos; na gestação, risco de herpes neonatal.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral — Primeiro episódio

1. Aciclovir 400 mg _____ 30 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 8/8h por 7–10 dias**.

O tratamento pode ser prolongado se as lesões não estiverem cicatrizadas ao final de 10 dias.

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar **1–2 comprimidos VO de 6/6h se dor ou febre**.

ALTERNATIVAS

- **Recidiva:** aciclovir **400 mg VO de 8/8h por 5 dias** ou **800 mg VO de 12/12h por 5 dias**; iniciar preferencialmente no pródromo ou logo no início das lesões.
- **Valaciclovir — primeiro episódio:** **1 g VO de 12/12h por 7–10 dias**, quando disponível.
- **Supressão em recorrências frequentes (≥6 episódios/ano):** aciclovir **400 mg VO de 12/12h por até 6 meses**, com reavaliação; o PCDT admite prolongamento em casos selecionados.
- **Gestação:** tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre com aciclovir; quando indicada supressão, o PCDT recomenda **aciclovir 400 mg VO 8/8h a partir da 36ª semana**.

OBSERVAÇÕES

- Iniciar antiviral **o mais precocemente possível**.
- **Antiviral tópico não é recomendado:** benefício clínico é mínimo em comparação ao tratamento sistêmico.
- Antivirais reduzem duração/intensidade dos episódios, mas **não erradicam o HSV latente** nem impedem futuras recorrências.
- Orientar abstinência sexual durante pródromo e enquanto houver lesões; preservativo reduz, mas não elimina completamente a transmissão.
- Oferecer investigação de **HIV, sífilis e outras IST conforme exposição clínica**.
- Parceiro assintomático **não recebe antiviral empiricamente de rotina**.
- Lesões extensas, doença disseminada, acometimento neurológico ou imunossupressão importante podem exigir **aciclovir EV e manejo hospitalar**.

FISSURA ANAL

VISÃO GERAL

Descrição: pequena ruptura linear do anodermo, geralmente relacionada à passagem de fezes endurecidas e hipertonia do esfíncter anal interno.

Contexto Clínico: comum em pacientes com constipação, esforço evacuatório ou episódios de diarreia. Fissuras crônicas apresentam persistência por semanas e podem ter plicoma sentinela.

Sinais Clínicos: dor anal intensa em “corte” durante e após evacuação, sangue vermelho vivo no papel/fezes e espasmo anal.

Complicações: cronificação, dor persistente, espasmo esfíncteriano, sangramento recorrente e dificuldade evacuatória.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Macrogol / PEG 4000 10 g _____ 30 sachês

Dissolver **1 sachê em água e tomar VO 1x/dia**, ajustando conforme consistência das fezes.

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar **1–2 comprimidos VO de 6/6h se dor**, por curto período.

Uso Tópico — fissura crônica

3. Diltiazem 2% pomada manipulada _____ 30 g

Aplicar **pequena quantidade na margem anal e suavemente no canal anal, 2x/dia, por 6–8 semanas**.

ALTERNATIVAS

- **Nitroglicerina 0,2–0,4% pomada retal:** aplicar conforme apresentação **2x/dia por 6–8 semanas**; alternativa ao diltiazem, porém causa cefaleia com maior frequência.
- **Nifedipino tópico 0,2–0,3%**, manipulado, pode ser considerado como alternativa ao diltiazem.
- Constipação persistente: lactulose **15–30 mL VO/dia**, ajustando conforme resposta, pode substituir o PEG.

OBSERVAÇÕES

- Na **fissura aguda**, amolecimento das fezes, fibras e banhos de assento são primeira linha e podem resolver aproximadamente metade dos casos.
- Diltiazem 2% tópico é especialmente útil na **fissura crônica** e geralmente é manipulado; seu uso para essa finalidade é off-label em vários países.
- **Evitar opioides, pois podem piorar a constipação.**
- Fissura **lateral, múltipla ou atípica** deve levantar suspeita de doença de Crohn, IST, tuberculose, neoplasia ou outras causas secundárias.
- Persistência após **6–8 semanas de tratamento adequado** justifica avaliação coloproctológica.
- Diferenciar fissura anal de hemorroida trombosada, abscesso e outras causas de dor anal.

ERISPELA

Descrição: infecção bacteriana aguda da derme superficial e vasos linfáticos, causada principalmente por estreptococos, caracterizada por placa eritematosa dolorosa e bem delimitada.

Contexto Clínico: mais comum em membros inferiores, especialmente em idosos, obesos, diabéticos, pacientes com edema/insuficiência venosa, linfedema ou porta de entrada cutânea, como tinea pedis.

Sinais Clínicos: eritema vivo, calor, edema e dor, com **bordas elevadas e bem delimitadas**; podem ocorrer febre, calafrios e linfangite/linfonodomegalia.

Complicações: abscesso, celulite extensa, bacteremia/seps, necrose, linfedema crônico e recorrências.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Cefalexina 500 mg _____ 56 cápsulas

Tomar **2 cápsulas (1 g) VO de 6/6h por 7 dias**.

O guia da Anvisa para APS recomenda cefalexina **1 g VO de 6/6h por 5–7 dias** para celulite/erisipela.

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar **1–2 comprimidos VO de 6/6h se dor ou febre**.

ALTERNATIVAS

- **Amoxicilina + clavulanato 500/125 mg VO de 8/8h por 5–7 dias**, conforme perfil clínico/protocolo local.
- **Alergia imediata grave a betalactâmicos:** clindamicina **300–450 mg VO de 6/6h por 7 dias**, conforme resistência local.
- **DRC:** ajustar cefalexina conforme função renal.
- **Gestação:** cefalosporinas são opções habitualmente utilizadas quando indicadas; individualizar conforme avaliação obstétrica.
- **Quadro grave ou incapacidade de tratamento VO** exige esquema parenteral conforme protocolo institucional.

OBSERVAÇÕES

- Diferenciar de **celulite**: na erisipela clássica a borda tende a ser mais **nítida, elevada e bem delimitada**; na dúvida, protocolos podem manejar como celulite.
- **Cobertura empírica para MRSA não é rotina** na erisipela não purulenta típica; considerar apenas se houver fatores de risco/purulência conforme epidemiologia local.
- Procurar e tratar a **porta de entrada**, principalmente tinea pedis, fissuras interdigitais, úlceras e feridas, para reduzir recorrências.
- Marcar a borda do eritema pode ajudar a avaliar progressão.
- Elevação do membro acometido auxilia no controle do edema.
- Febre persistente, hipotensão, progressão rápida, bolhas/necrose, dor desproporcional ou sinais de seps exigem reavaliação imediata; considerar infecção necrotizante/hospitalização.
- Se houver boa resposta, **5–7 dias** costumam ser suficientes; prolongar somente se a evolução clínica justificar.

HERPES SIMPLES LABIAL RECORRENTE

VISÃO GERAL

Descrição: reativação do vírus herpes simples, geralmente HSV-1, causando episódios recorrentes de vesículas dolorosas nos lábios ou região perioral.

Contexto Clínico: recorrências podem ser desencadeadas por exposição solar, febre, estresse, trauma local, privação de sono ou imunossupressão.

Sinais Clínicos: pródromo com formigamento, ardor ou prurido, seguido de vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para erosões e crostas.

Complicações: recorrências frequentes, infecção bacteriana secundária, eczema herpético e, raramente, disseminação em imunossuprimidos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral — tratamento episódico

1. Valaciclovir 500 mg _____ 8 comprimidos

Tomar **4 comprimidos (2 g) VO imediatamente ao início do pródromo ou das lesões e repetir 4 comprimidos após 12 horas. Tratamento por apenas 1 dia.**

ALTERNATIVAS

- **Famciclovir 500 mg:** tomar **3 comprimidos (1.500 mg) VO, em dose única**, iniciado no primeiro sinal/sintoma.
- **Aciclovir 400 mg VO 5x/dia por 5 dias**, iniciado precocemente, é alternativa eficaz quando valaciclovir não estiver disponível.
- Recorrências frequentes ou muito incômodas: considerar **terapia supressiva**, individualizando; valaciclovir **500 mg VO 1x/dia por 4 meses** mostrou benefício em pacientes com ≥ 4 episódios/ano.
- Doença renal crônica: ajustar valaciclovir, aciclovir ou famciclovir conforme função renal.
- Gestação: individualizar e conferir protocolo obstétrico atualizado.

OBSERVAÇÕES

- O maior benefício ocorre quando o antiviral é iniciado **no pródromo ou nas primeiras horas da recorrência**.
- Valaciclovir **2 g de 12/12h por 1 dia** é um esquema específico para herpes labial recorrente e não deve ser confundido com os esquemas de herpes genital ou zoster.
- Tratamento tópico com aciclovir/penciclovir possui benefício mais modesto que o tratamento oral.
- Evitar manipular as lesões e orientar higiene das mãos; há transmissão enquanto houver lesões ativas.
- Protetor labial com FPS pode ser útil em pacientes com recorrências desencadeadas por exposição solar.
- Lesões próximas ao olho, dor ocular, fotofobia ou alteração visual exigem avaliação para possível herpes ocular.
- Lesões extensas, persistentes ou recorrências muito frequentes podem justificar investigação de imunossupressão.
- Corticoide tópico isolado não deve ser aplicado sobre lesão herpética ativa.

VARICELA / CATAPORA EM ADOLESCENTE ≥12 ANOS OU ADULTO

VISÃO GERAL

Descrição: infecção primária pelo vírus varicela-zoster (VZV), altamente contagiosa, caracterizada por exantema vesicular em diferentes estágios evolutivos.

Sinais Clínicos: febre, mal-estar e exantema pruriginoso com máculas, pápulas, vesículas e crostas coexistindo, predominando em tronco, face e couro cabeludo.

Complicações: infecção bacteriana secundária, pneumonia por varicela, encefalite/cerebelite, hepatite, sepse e doença disseminada.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Aciclovir 400 mg _____ 70 comprimidos

Tomar **2 comprimidos (800 mg) VO, 5 vezes ao dia, por 7 dias.**

Iniciar preferencialmente **nas primeiras 24 horas do aparecimento do exantema.**

2. Paracetamol 750 mg _____ 20 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO de 6/6–8/8h se dor ou febre**, respeitando a dose máxima diária e fatores de risco hepático.

3. Cetirizina 10 mg _____ 10 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO 1x/dia se prurido**, por curto período.

ALTERNATIVAS

- **Valaciclovir 1 g VO de 8/8h por 5–7 dias** pode ser utilizado em adultos selecionados, conforme protocolo/disponibilidade.
- **DRC:** ajustar aciclovir/valaciclovir conforme função renal e garantir hidratação adequada.
- **Imunossuprimido ou doença grave/visceral:** Tratamento hospitalar EV.
- **Gestação:** avaliação obstétrica individualizada; pneumonia ou outra complicação grave por varicela indica aciclovir EV.

OBSERVAÇÕES

- O antiviral apresenta maior benefício quando iniciado **até 24h após o início das lesões.**
- **Não utilizar AAS;** há associação com síndrome de Reye em pacientes jovens.
- **Evitar ibuprofeno/AINEs,** especialmente em crianças/adolescentes, devido à associação descrita com infecções cutâneas bacterianas graves.
- Manter precaução de transmissão até **todas as vesículas evoluírem para crostas;** o paciente é contagioso desde 1–2 dias antes do exantema.
- Antibioticoterapia não é rotina; utilizar apenas se houver **infecção bacteriana secundária.**
- Imunossupressão importante não deve ser manejada apenas com aciclovir oral.
- Diferenciar **varicela (infecção primária)** de **herpes-zoster (reativação);** embora utilizem aciclovir, contexto e duração podem diferir.

MOLUSCO CONTAGIOSO INFLAMADO / MOLUSCO-DERMATITE

VISÃO GERAL

Descrição: infecção viral cutânea pelo *Molluscum contagiosum virus*, caracterizada por pápulas peroladas umbilicadas. Eritema, edema e crostas podem representar resposta imunológica de regressão da lesão (“sinal BOTE”), e não necessariamente infecção bacteriana.

Contexto Clínico: comum em crianças, mas também ocorre em adultos, especialmente por contato íntimo/sexual. Lesões extensas ou atípicas são mais frequentes em imunossuprimidos.

Sinais Clínicos: pápulas arredondadas, brilhantes, cor da pele/rosadas, com umbilicação central; quando inflamadas podem apresentar eritema, edema, prurido e crostas.

Complicações: autoinoculação, dermatite perilesional, infecção bacteriana secundária, cicatrizes após manipulação e doença extensa em imunossuprimidos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico — dermatite/prurido associado

1. Hidrocortisona 1% creme _____ 1 tubo

Aplicar **fina camada na dermatite ao redor das lesões, 1–2x/dia por 3–5 dias**, se prurido/inflamação importante.

Uso Oral — se prurido importante

2. Cetirizina 10 mg _____ 10 comprimidos

Tomar **1 comprimido VO 1x/dia, se prurido**, por curto período.

ALTERNATIVAS

- Lesões persistentes, genitais, numerosas ou muito incômodas: considerar **curetagem, crioterapia ou outro tratamento destrutivo realizado por profissional treinado**.
- Adultos com lesões genitais: tratamento costuma ser recomendado e deve-se avaliar outras IST conforme contexto.
- **Infecção bacteriana secundária verdadeira:** tratar conforme quadro (ex.: impetigo/celulite); antibiótico tópico ou sistêmico **não deve ser usado apenas porque a lesão ficou vermelha/inflamada**.
- Gestação: evitar tratamentos irritativos/teratogênicos sem avaliação específica; conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- **Inflamação isolada pode ser sinal BOTE (“beginning of the end”)**, indicando resposta imune e possível resolução próxima, e não infecção bacteriana.
- Molusco contagioso em imunocompetente é geralmente **autolimitado**; pode desaparecer espontaneamente sem tratamento.
- **Não espremer, furar ou remover as lesões em casa**, pois aumenta autoinoculação, infecção e cicatrizes.
- Lesões numerosas, gigantes, faciais ou disseminadas em adulto devem levantar suspeita de **imunossupressão/HIV**.
- Corticoide tópico deve ser usado apenas **por curto período para dermatite/prurido**, não como tratamento antiviral do molusco.

VERRUGA VIRAL TRAUMATIZADA / SANGRANTE

VISÃO GERAL

Descrição: verruga cutânea por HPV que sofreu trauma, atrito, corte ou manipulação, podendo apresentar sangramento, dor e inflamação local.

Contexto Clínico: comum em verrugas de mãos, dedos, joelhos e áreas sujeitas a barbear, atrito ou manipulação repetida.

Sinais Clínicos: pápula hiperqueratótica de superfície áspera, podendo apresentar pontos enegrecidos vasculares; após trauma, pode ocorrer sangramento, crosta e sensibilidade local.

Complicações: sangramento recorrente, infecção bacteriana secundária, autoinoculação, cicatriz e erro diagnóstico de lesões verrucosas não benignas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico — fase traumatizada

1. Vaselina sólida / petrolato _____ 1 tubo

Aplicar fina camada sobre a área traumatizada **1–2x/dia**, cobrindo com curativo não aderente até reepitelização.

Após cicatrização completa — tratamento da verruga

2. Ácido salicílico 17% solução _____ 1 frasco

Aplicar **somente sobre a verruga, 1x/dia**, protegendo a pele ao redor, até desaparecimento ou por no máximo **12 semanas**.

ALTERNATIVAS

- **Crioterapia com nitrogênio líquido:** opção em consultório para verrugas comuns; geralmente necessita sessões repetidas a cada **2–4 semanas**.
- Verruga plantar hiperqueratótica pode utilizar preparações com concentração maior de ácido salicílico, conforme apresentação e protocolo.
- Face, região genital ou lesão de diagnóstico duvidoso: não utilizar queratolítico empiricamente.

OBSERVAÇÕES

- Se houver sangramento ativo, realizar **compressão firme e contínua com gaze por cerca de 20 minutos**; sangramento persistente requer reavaliação.
- **Não aplicar ácido salicílico sobre pele aberta, ulcerada ou recém-traumatizada**; iniciar após cicatrização.
- Ácido salicílico 17% é tratamento de primeira linha para verrugas cutâneas comuns e exige uso diário prolongado.
- Antibiótico tópico ou oral **não é indicado apenas por inflamação/trauma**; usar somente se houver infecção bacteriana secundária.
- Evitar cortar, furar, arrancar ou raspar a verruga em casa, pois favorece sangramento e disseminação.
- **Verruga que sangra espontaneamente, muda de aspecto, cresce rapidamente, dói persistentemente ou tem diagnóstico incerto deve ser examinada antes de tratamento destrutivo**, pois lesões verrucosas atípicas podem necessitar dermatoscopia/biopsia.
- Imunossuprimidos ou pacientes com múltiplas verrugas resistentes necessitam abordagem individualizada.

DERMATITE SEBORREICA

VISÃO GERAL

Descrição: dermatose inflamatória crônica e recorrente associada à proliferação de *Malassezia*, predominando em áreas ricas em glândulas sebáceas.

Contexto Clínico: comum em couro cabeludo, sobrancelhas, sulcos nasolabiais, região retroauricular e tórax; pode piorar com estresse, clima frio e imunossupressão.

Sinais Clínicos: eritema, descamação fina ou gordurosa, prurido e crostas amareladas, principalmente no couro cabeludo e face.

Complicações: recorrências frequentes, escoriações, infecção secundária e impacto estético; formas extensas podem ocorrer em imunossuprimidos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico — couro cabeludo

1. Cetoconazol 2% shampoo _____ 1 frasco

Aplicar no couro cabeludo **2x/semana por 4 semanas**, deixando agir por alguns minutos antes de enxaguar.

Uso Tópico — face / áreas não pilosas

2. Cetoconazol 2% creme _____ 1 tubo

Aplicar fina camada sobre as áreas afetadas **1x/dia por 2–4 semanas**.

ALTERNATIVAS

- **Ciclopírox tópico/shampoo** pode substituir cetoconazol, conforme apresentação disponível.
- Inflamação/prurido importante na face: **hidrocortisona 1% creme 1–2x/dia por até 5–7 dias**, em camada fina.
- Alternativa poupadora de corticoide para face/áreas sensíveis: **tacrolimo ou pimecrolimo tópico**, conforme protocolo e disponibilidade.
- Após controle do couro cabeludo: cetoconazol shampoo **1x/semana ou a cada 1–2 semanas** pode ser usado para manutenção em recorrentes.

OBSERVAÇÕES

- **Antifúngico tópico é a base do tratamento**; a dermatite seborreica costuma ser crônica e recorrente.
- Corticoide tópico deve ser usado **por curto período**, principalmente na face, para evitar atrofia, telangiectasias e dermatite perioral.
- Evitar corticoides potentes na face e uso contínuo prolongado.
- Antibiótico não é indicado de rotina.
- Cetoconazol oral **não deve ser usado rotineiramente** para dermatite seborreica devido ao perfil de segurança.
- Casos muito extensos, resistentes ou abruptamente graves podem justificar investigação de imunossupressão.
- Diferenciais importantes: psoríase, dermatite atópica, tinea faciei/capitis, rosácea e lúpus cutâneo.

BLEFARITE / MEIBOMITE — DISFUNÇÃO DAS GLÂNDULAS DE MEIBÔMIO

VISÃO GERAL

Descrição: inflamação crônica da margem palpebral, podendo acometer cílios e glândulas de Meibômio, frequentemente associada à disfunção da camada lipídica lacrimal.

Contexto Clínico: comum em pacientes com olho seco, dermatite seborreica, rosácea, uso prolongado de telas/lentes de contato e episódios recorrentes de hordéolo.

Sinais Clínicos: ardor, prurido, sensação de areia, hiperemia palpebral, crostas nos cílios, secreção meibomiana espessada, lacrimejamento e visão flutuante.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Palpebral

1. Compressas mornas _____ uso contínuo

Aplicar sobre as pálpebras fechadas por **5–10 minutos, 2–4x/dia**, seguida de massagem suave em direção à margem palpebral.

2. Higienizador palpebral / solução própria para pálpebras _____ 1 frasco

Realizar **higiene delicada da margem palpebral 1–2x/dia**, principalmente após a compressa morna.

Uso Oftálmico

3. Carboximetilcelulose 0,5% colírio _____ 1 frasco

Pingar **1 gota em cada olho de 4/4–6/6h, se ardor ou ressecamento**.

ALTERNATIVAS

- **Blefarite anterior bacteriana com crostas importantes:** considerar **eritromicina oftálmica 0,5% pomada**, fina camada na margem palpebral **1–2x/dia por 7–14 dias**, conforme disponibilidade/protocolo. Antibiótico tópico não é necessário em todos os casos.
- **Meibomite/blefarite posterior refratária ou associada à rosácea:** doxiciclina VO pode ser considerada por seu efeito anti-inflamatório; a dose e duração variam entre protocolos — **conferir protocolo atualizado/oftalmologia**.
- Suspeita de **Demodex**: tratamento é específico; não tratar automaticamente como blefarite bacteriana.
- **Gestação/lactação:** evitar tetraciclina sistêmicas, incluindo doxiciclina.

OBSERVAÇÕES

- **Compressa morna + higiene palpebral são a base do tratamento** e devem ser mantidas também entre exacerbações nos casos recorrentes.
- Lágrimas artificiais auxiliam quando há olho seco associado.
- **Corticoide oftálmico não deve ser prescrito rotineiramente sem avaliação oftalmológica**, devido a risco de hipertensão ocular, catarata e agravamento de infecções.
- Doxiciclina pode causar fotossensibilidade e sintomas gastrointestinais; não utilizar em gestantes/lactantes.
- Dor ocular intensa, fotofobia importante ou redução da acuidade visual sugerem acometimento corneano/outro diagnóstico e exigem reavaliação.

VERTIGEM VESTIBULAR / SÍNDROME VESTIBULAR PERIFÉRICA

VISÃO GERAL

Descrição: síndrome caracterizada por sensação de rotação ou movimento, geralmente decorrente de disfunção do sistema vestibular periférico.

Contexto Clínico: pode ocorrer em doença de Ménière, neurite vestibular, labirintite e outras vestibulopatias. VPPB deve ser reconhecida separadamente, pois o tratamento principal é por manobras de reposicionamento.

Sinais Clínicos: vertigem, desequilíbrio, náuseas, vômitos e nistagmo. Zumbido, plenitude auricular e perda auditiva podem ocorrer em doenças do ouvido interno, especialmente na doença de Ménière.

Complicações: quedas, limitação funcional, vômitos persistentes, desidratação e atraso no diagnóstico de causas neurológicas ou otológicas específicas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dicloridrato de betaistina 16 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h. Duração conforme etiologia, resposta clínica e necessidade de manutenção.

2. Metoclopramida 10 mg _____ 15 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se náuseas ou vômitos, por até 5 dias.

ALTERNATIVAS

- **Betaistina 24 mg:** tomar 1 comprimido VO de 12/12h, como opção de posologia mais simples.
- Se intolerância ou contraindicação à metoclopramida, utilizar antiemético alternativo conforme perfil clínico e protocolo local.
- Na **VPPB**, priorizar manobras de reposicionamento canalicular; tratamento medicamentoso de rotina não substitui a manobra.
- Em gestantes: individualizar e conferir protocolo atualizado antes da prescrição.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Betaistina: usar com cautela em pacientes com asma ou história de úlcera péptica; evitar em feocromocitoma.
- Anti-histamínicos podem, teoricamente, reduzir o efeito da betaistina.
- Metoclopramida: **máximo habitual de 30 mg/dia e uso por curto período**; suspender se ocorrer distonia, acatisia ou outro efeito extrapiramidal.
- Evitar metoclopramida em doença de Parkinson, história de discinesia tardia e situações em que estímulo da motilidade gastrointestinal seja contraindicado.
- Vertigem não deve ser automaticamente diagnosticada como “labirintite”. Definir padrão temporal, gatilhos, exame neurológico e achados auditivos.
- Na suspeita de doença de Ménière, avaliar associação com zumbido, plenitude auricular e perda auditiva; audiometria auxilia na investigação.
- Déficit neurológico focal, incapacidade importante para marcha, cefaleia súbita intensa ou nistagmo incompatível com padrão periférico exigem investigação de causa central.

NÁUSEAS E VÔMITOS

VISÃO GERAL

Descrição: quadro agudo, geralmente infeccioso e autolimitado, caracterizado por náuseas, vômitos e/ou diarreia, podendo cursar com dor abdominal e febre.

Contexto Clínico: comum após exposição a alimentos ou água contaminados, contato com pessoas sintomáticas ou surtos de gastroenterite.

Sinais Clínicos: náuseas, vômitos, diarreia, cólicas ou dor abdominal, inapetência, mal-estar e febre baixa.

Complicações: desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, lesão renal aguda e intolerância persistente à via oral.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Sais para reidratação oral (SRO) _____ 5 sachês

Diluir cada sachê conforme orientação do fabricante. Tomar em pequenos volumes, de forma frequente, aumentando conforme tolerância. Após cada episódio de vômito ou diarreia, ingerir quantidade adicional conforme sede e tolerância.

2. Metoclopramida 10 mg _____ 15 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se náuseas ou vômitos, por até 5 dias.

3. Omeprazol 20 mg _____ 14 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO pela manhã, em jejum, 30 minutos antes do café da manhã, por 7–14 dias, **somente se houver epigastralgia, pirose ou sintomas dispépticos associados.**

ALTERNATIVAS

- Se intolerância ou contraindicação à metoclopramida: considerar antiemético alternativo conforme perfil clínico e protocolo local.
- Se houver apenas gastroenterite sem sintomas dispépticos, **não há indicação rotineira de omeprazol.**
- Se desidratação leve/moderada e tolerância oral: priorizar SRO em pequenos volumes e com oferta frequente.
- Se incapacidade de tolerar líquidos por via oral: reavaliar necessidade de hidratação EV e investigação adicional.
- Gestantes: escolha do antiemético deve considerar idade gestacional e perfil de segurança; conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- **Reidratação é a principal medida terapêutica.**
- Preparar o SRO exatamente no volume de água indicado pelo fabricante; não tornar a solução mais concentrada.
- Metoclopramida: máximo habitual **30 mg/dia** e uso por **até 5 dias**.
- Manter intervalo mínimo de 6 horas entre doses de metoclopramida, mesmo se houver vômito após a administração.
- Suspender metoclopramida se ocorrer distonia, acatisia ou outros sintomas extrapiramidais.
- Evitar metoclopramida em doença de Parkinson, obstrução/perfuração gastrointestinal e outras contraindicações descritas em bula.
- Omeprazol **não deve ser prescrito automaticamente** para náuseas, vômitos ou diarreia sem indicação ácido-péptica.
- Antibiótico não é rotina na gastroenterite aguda; reservar para situações específicas após avaliação clínica.
- Considerar eletrólitos, função renal e outros exames em desidratação importante, idosos, comorbidades, vômitos persistentes ou quadro prolongado.

UNHA ENCRAVADA / ONICOCRIPTOSE

VISÃO GERAL

Descrição: penetração da borda lateral da unha na prega ungueal, provocando inflamação local e, em casos mais avançados, infecção e tecido de granulação.

Contexto Clínico: mais comum no hálux, associada a corte inadequado da unha, calçados apertados, trauma repetitivo, hiperidrose e alterações no formato ungueal.

Sinais Clínicos: dor na borda ungueal, eritema, edema e sensibilidade; pode haver secreção purulenta e granuloma nos casos avançados.

Complicações: paroníquia, celulite, granuloma piogênico, recorrência e dificuldade para caminhar.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor.

2. Cefalexina 500 mg _____ 28 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO de 6/6h por 7 dias.

Usar apenas se houver infecção bacteriana associada, especialmente celulite, secreção purulenta importante ou extensão da inflamação.

Uso Tópico

3. Mupirocina 2% pomada _____ 1 tubo

Aplicar fina camada na região afetada 2 a 3 vezes ao dia por 5–7 dias, **se houver infecção superficial/paroníquia associada.**

4. Banho de imersão em água morna _____ uso contínuo

Manter o pé afetado em água morna por 10–15 minutos, 2 a 3 vezes ao dia. Secar cuidadosamente após.

ALTERNATIVAS

- **Quadro leve, sem secreção ou celulite:** tratamento conservador, sem antibiótico sistêmico.
- Pode-se elevar delicadamente a borda ungueal com pequeno chumaço de algodão ou dispositivo próprio, quando tecnicamente apropriado.
- Alergia grave a betalactâmicos: escolher alternativa conforme quadro infeccioso e protocolo local/atualizado.
- Casos moderados/graves, recorrentes ou com granuloma: considerar **avulsão parcial da borda ungueal ± matricectomia.**
- Diabetes, doença vascular periférica ou imunossupressão: individualizar manejo e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- **Antibiótico não trata a causa mecânica da onicocriptose.**
- Não prescrever cefalexina rotineiramente quando houver apenas dor, edema e hiperemia local sem evidência de infecção bacteriana/celulite.
- Se houver coleção, granuloma importante ou recorrência, avaliar necessidade de procedimento.
- Evitar cortar profundamente os cantos da unha; orientar **corte reto.**
- Evitar calçados apertados durante a recuperação.

LESÃO POR PRESSÃO – ÚLCERA - (LPP) — COM SUSPEITA DE INFECÇÃO

VISÃO GERAL

Descrição: lesão localizada da pele e/ou tecidos profundos causada por pressão prolongada, geralmente associada a cisalhamento, principalmente sobre proeminências ósseas.

Contexto Clínico: comum em idosos, acamados, cadeirantes, pacientes com mobilidade reduzida, desnutrição, incontinência, diabetes ou comprometimento neurológico.

Sinais Clínicos: eritema persistente, perda da integridade cutânea, úlcera, dor, exsudato e necrose. Infecção pode cursar com aumento da dor, calor, eritema perilesional, secreção purulenta e odor.

Complicações: celulite, necrose extensa, abscesso, osteomielite, bacteremia e sepse.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Amoxicilina + clavulanato 875 mg + 125 mg _____ 14 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h por 7 dias, **somente se houver sinais clínicos de infecção/celulite**. Reavaliar resposta em 48–72h.

Duração maior: individualizar e conferir protocolo local/atualizado.

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

3. Cetoprofeno 100 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, por até 5 dias, se dor inflamatória e ausência de contraindicações.

4. Tramadol 50 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 6/6 a 8/8h, se dor intensa, pelo menor tempo possível.

Uso Tópico

5. Sulfadiazina de prata 1% creme _____ 1 tubo

Aplicar fina camada sobre a lesão, 1 a 2 vezes ao dia, **apenas quando houver indicação de antimicrobiano tópico**, conforme características da ferida e protocolo de curativos.

ALTERNATIVAS

- Sem sinais clínicos de infecção: **não usar antibiótico sistêmico apenas para promover cicatrização.**
- Alergia a penicilinas: escolher antimicrobiano conforme gravidade, microbiologia e protocolo local/atualizado.
- Se AINE contraindicado: preferir analgesia com dipirona ou paracetamol.
- Infecção profunda, necrose extensa, suspeita de osteomielite ou falha terapêutica: realizar cultura de tecido/material profundo quando indicada e direcionar antibioticoterapia.

OBSERVAÇÕES

- **Antibiótico não é tratamento rotineiro da LPP não infectada.**
- Desbridamento de tecido desvitalizado pode ser necessário para controle da ferida.
- Limpeza pode ser realizada com SF 0,9% ou água adequada; evitar antissépticos citotóxicos rotineiramente sobre tecido de granulação.
- Sulfadiazina de prata **não deve ser aplicada automaticamente em toda LPP;**
- Alívio da pressão sobre a região acometida é indispensável para cicatrização.

TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TVP / TEP)

VISÃO GERAL

Descrição: formação de trombo no sistema venoso profundo (TVP), com possibilidade de migração para circulação pulmonar e desenvolvimento de tromboembolismo pulmonar (TEP).

Contexto Clínico: associado a imobilização, cirurgia recente, câncer, gestação/puerpério, uso de estrogênio, trombofilias, trauma ou episódio prévio de TEV; também pode ocorrer sem fator desencadeante.

Sinais Clínicos: TVP: edema unilateral, dor, aumento da circunferência e calor local. TEP: dispneia súbita, dor torácica, taquicardia, hipoxemia, síncope ou hemoptise.

Complicações: TEP, recorrência do TEV, síndrome pós-trombótica, hipertensão pulmonar tromboembólica crônica e sangramento associado à anticoagulação.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Rivaroxabana 15 mg _____ 42 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, **com alimento**, por 21 dias.

APÓS OS 21 DIAS:

2. Rivaroxabana 20 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, **com alimento**, preferencialmente no mesmo horário.

Manter pelo período definido conforme etiologia do TEV e risco de recorrência/sangramento.

ALTERNATIVAS

- Outros anticoagulantes orais diretos ou heparinas podem ser utilizados conforme indicação clínica, função renal, câncer, gestação e disponibilidade.
- **Gestação:** rivaroxabana não é opção de rotina; preferir anticoagulação apropriada à gestação conforme protocolo atualizado.
- Após pelo menos 6 meses, alguns pacientes selecionados podem utilizar rivaroxabana 10 mg/dia para prevenção secundária; decisão individualizada.

OBSERVAÇÕES

- Confirmar indicação e diagnóstico de **TVP/TEP** antes de iniciar anticoagulação.
- Rivaroxabana **não necessita de heparina prévia** para o esquema habitual de tratamento de TVP/TEP.
- **15 mg e 20 mg devem ser administrados com alimento.**
- Avaliar hemograma, creatinina/função renal e função hepática antes e durante o tratamento quando indicado.
- Evitar associação desnecessária com **AINEs, antiagregantes e outros anticoagulantes**, devido ao maior risco de sangramento.
- Rever interações com medicamentos que alteram CYP3A4/P-gp.
- Sangramento ativo clinicamente significativo é contraindicação à anticoagulação.
- Após trauma craniano, sangramento persistente/importante, hematêmese, melena, hematúria, hemoptise, síncope ou cefaleia intensa nova: **avaliação imediata em serviço de urgência.**
- Equimoses pequenas podem ocorrer durante anticoagulação; equimoses extensas, espontâneas ou progressivas merecem avaliação.
- A duração **não deve ser definida apenas como “até consulta com angiologia”**: o tratamento primário costuma ser de pelo menos 3 meses, sendo prolongado conforme causa do TEV, risco de recorrência e risco hemorrágico.

TRICOMONÍASE

VISÃO GERAL

Descrição: infecção sexualmente transmissível causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, acometendo principalmente o trato geniturinário.

Contexto Clínico: frequente em mulheres sexualmente ativas; homens são frequentemente assintomáticos e podem atuar como reservatório da infecção.

Sinais Clínicos: corrimento vaginal abundante/amarelo-esverdeado, odor desagradável, prurido, ardor, disúria, dispareunia e colo uterino com aspecto de “framboesa”. Pode ser assintomática.

Complicações: persistência/recorrência da infecção, maior suscetibilidade a outras IST e reinfecção quando as parcerias não são tratadas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Metronidazol 400 mg _____ 5 comprimidos

Tomar 5 comprimidos VO, juntos, em dose única (**dose total: 2 g**).

ALTERNATIVAS

- **Metronidazol 500 mg:** tomar 1 comprimido VO de 12/12h por 7 dias — esquema preferido para mulheres em diretrizes internacionais.
- **Tinidazol 2 g VO, dose única:** alternativa quando disponível; evitar na gestação.
- Gestantes e lactantes: metronidazol pode ser utilizado conforme PCDT do Ministério da Saúde; conferir protocolo atualizado.
- Recorrência ou falha terapêutica: avaliar reinfecção, adesão e tratamento das parcerias antes de repetir ou modificar o esquema.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- **Tratar as parcerias sexuais simultaneamente**, mesmo quando assintomáticas.
- Orientar abstinência sexual até que paciente e parceria(s) tenham concluído o tratamento e estejam assintomáticos.
- Evitar bebidas alcoólicas durante o tratamento conforme orientação do PCDT/bula.
- Metronidazol vaginal **não é recomendado para tratamento da tricomoníase**, por eficácia inferior ao tratamento oral.
- Considerar investigação para **HIV, sífilis, gonorreia e clamídia**.
- Em mulheres sexualmente ativas, considerar reteste aproximadamente **3 meses após o tratamento**, devido ao risco de reinfecção.
- Corrimento recorrente após tratamento não significa necessariamente resistência: excluir principalmente **reexposição a parceria não tratada**.
- Não tratar apenas a paciente e deixar a parceria sem tratamento — é causa frequente de reinfecção.

DEFICIÊNCIA DE TIAMINA / PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE WERNICKE

VISÃO GERAL

Descrição: deficiência de vitamina B1, essencial ao metabolismo energético e à função neurológica. Casos graves podem evoluir para encefalopatia de Wernicke.

Contexto Clínico: mais comum em etilismo crônico, desnutrição, vômitos prolongados, cirurgia bariátrica, má absorção e ingestão alimentar inadequada.

Sinais Clínicos: fadiga, fraqueza, anorexia, neuropatia periférica e alterações cognitivas. Wernicke pode cursar com confusão mental, ataxia e alterações oculomotoras.

Complicações: encefalopatia de Wernicke, síndrome de Korsakoff, neuropatia, comprometimento cardíaco e sequelas neurológicas permanentes.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Tiamina 300 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia.

Manter enquanto persistir risco nutricional/etiológico, com reavaliação clínica periódica.

ALTERNATIVAS

- **Alto risco de Wernicke ou absorção oral inadequada:** considerar tiamina IM/EV conforme protocolo local/atualizado, seguida de manutenção VO.
- **Suspeita de encefalopatia de Wernicke:** tratamento deve ser **parenteral**; não utilizar apenas tiamina VO.
- Beribéri sem sinais de gravidade: tiamina 300 mg VO 1x/dia é opção utilizada pelo Ministério da Saúde.
- Vômitos persistentes, pós-bariátrica ou má absorção importante: considerar via parenteral.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Em etilismo crônico, avaliar estado nutricional, eletrólitos, magnésio e função hepática conforme contexto clínico.
- Hipomagnesemia pode prejudicar a resposta à reposição de tiamina; corrigir quando presente.
- Confusão mental, ataxia ou alterações oculares em paciente de risco devem levantar suspeita imediata de **Wernicke**.
- A tríade clássica completa pode não estar presente.
- Na suspeita de Wernicke, **não aguardar exames laboratoriais para iniciar tiamina parenteral**.
- Em hipoglicemia, **não atrasar glicose**; administrar tiamina o mais precocemente possível.
- Tiamina VO isolada não é adequada para tratamento inicial de Wernicke.
- Não há necessidade habitual de ajuste renal da tiamina oral.

HORDÉOLO (TERÇOL) – OLHO INFECTADO

VISÃO GERAL

Descrição: inflamação/infeção aguda de glândula da pálpebra, geralmente associada a *Staphylococcus*, formando nódulo localizado, doloroso e eritematoso.

Contexto Clínico: comum em pacientes com blefarite, disfunção das glândulas de Meibomius, rosácea, manipulação frequente dos olhos ou episódios recorrentes.

Sinais Clínicos: nódulo doloroso na margem palpebral, edema, hiperemia, sensibilidade local, lacrimejamento e, eventualmente, ponto purulento.

Complicações: recorrência, formação de calázio, abscesso palpebral e celulite pré-septal.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oftálmico

1. Tobramicina 0,3% pomada oftálmica _____ 1 tubo

Aplicar pequena quantidade na região palpebral afetada, 2 vezes ao dia, por 5 dias, **se houver secreção, blefarite ou infecção bacteriana associada.**

2. Compressas mornas _____ uso contínuo

Aplicar sobre a pálpebra fechada por 5–10 minutos, 3 a 4 vezes ao dia, realizando massagem palpebral suave após a compressa.

ALTERNATIVAS

- Hordéolo externo simples: **compressas mornas isoladamente geralmente são suficientes.**
- Persistência apesar do tratamento conservador: considerar avaliação oftalmológica para drenagem.
- Celulite pré-septal associada: considerar antibiótico sistêmico conforme quadro clínico e protocolo local/atualizado.
- Se evolução para nódulo crônico e pouco doloroso, considerar **calázio**, no qual antibiótico não é tratamento de rotina.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Compressa morna é a principal medida terapêutica.
- Antibiótico tópico **não deve ser prescrito rotineiramente em todo hordéolo não complicado.**
- Não espremer, perfurar ou tentar drenar a lesão em casa.
- Evitar maquiagem ocular e lentes de contato enquanto houver inflamação ativa.
- Higienizar as mãos antes e depois de manipular a região ocular.
- Dor ocular intensa, redução visual, proptose, limitação/dor à movimentação ocular, febre ou edema difuso exigem reavaliação imediata.
- Hordéolos recorrentes: avaliar blefarite, rosácea e disfunção das glândulas de Meibomius.
- Lesão persistente ou recorrente no mesmo local deve ser avaliada por oftalmologista.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE / CONCUSSÃO

VISÃO GERAL

Descrição: alteração transitória da função cerebral após trauma craniano, podendo ocorrer mesmo sem perda de consciência ou alterações na neuroimagem.

Contexto Clínico: comum após quedas, acidentes automobilísticos, traumas esportivos ou impactos diretos na cabeça.

Sinais Clínicos: cefaleia, tontura, náusea, dificuldade de concentração, amnésia, sonolência, fotofobia e desequilíbrio.

Complicações: hemorragia intracraniana, piora neurológica tardia e sintomas pós-concussionais persistentes.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor.

2. Cetoprofeno 100 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, após alimentação, por até 5 dias, **se dor musculoesquelética e ausência de contraindicações ao AINE.**

3. Ciclobenzaprina 5-10 mg _____ 5 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO à noite, por até 5 dias, **somente se houver espasmo muscular importante.**

Uso Tópico

4. Diclofenaco dietilamônio spray 11,6 mg/g _____ 1 frasco

Aplicar na região musculoesquelética dolorosa conforme apresentação/bula, por curto período.

Usar como alternativa ao AINE oral, evitando associação rotineira.

ALTERNATIVAS

- **Paracetamol 500-750 mg:** usar como alternativa à dipirona, respeitando dose máxima diária e função hepática.
- Se houver risco gastrointestinal, renal ou hemorrágico: **evitar AINE** e preferir analgésico simples.
- Tramadol 50 mg pode ser considerado excepcionalmente para dor intensa não controlada, pelo menor tempo possível; **evitar uso rotineiro no TCE e evitar associação com ciclobenzaprina.**
- Em anticoagulados ou antiagregados: individualizar analgesia e avaliação do trauma conforme protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

⚠️ ATENÇÃO

- Antes da alta, confirmar estabilidade neurológica e critérios adequados para manejo domiciliar.
- Orientar supervisão por adulto responsável nas primeiras 24 horas após o trauma.
- **Retorno imediato:** cefaleia progressiva/intensa, vômitos repetidos, confusão, sonolência excessiva, dificuldade para despertar, convulsão, perda de consciência, déficit focal ou alteração da fala/marcha.
- Evitar álcool, direção, atividades de risco e novo trauma enquanto houver sintomas.
- Não associar diferentes AINEs rotineiramente.
- Cetoprofeno: evitar em DRC, úlcera/sangramento gastrointestinal, anticoagulação de alto risco e alergia a AINEs.
- Ciclobenzaprina pode causar sonolência; cautela especialmente nas primeiras horas após TCE.
- **Tramadol + ciclobenzaprina:** evitar associação devido à sedação e risco de síndrome serotoninérgica.
- Se sintomas neurológicos piorarem, não mascarar apenas com analgesia: reavaliar necessidade de neuroimagem.

FERIMENTO CUTÂNEO SUTURADO / LACERAÇÃO SIMPLES

VISÃO GERAL

Descrição: ruptura traumática da pele, com ou sem acometimento de tecidos profundos, submetida à limpeza, exploração e fechamento por sutura.

Contexto Clínico: comum após cortes, quedas e traumas com objetos cortantes. Conduta depende de profundidade, contaminação, mecanismo, localização e estruturas acometidas.

Sinais Clínicos: solução de continuidade da pele, dor, sangramento, edema e sensibilidade local.

Complicações: infecção, deiscência, hematoma, lesão neurovascular/tendínea, cicatriz inestética e tétano.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

2. Ibuprofeno 600 mg _____ 15 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, após alimentação, se dor inflamatória, por até 5 dias.

Usar somente na ausência de contraindicações a AINE.

3. Cefalexina 500 mg _____ 28 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO de 6/6h por 7 dias, **quando houver infecção bacteriana associada ou indicação clínica conforme características da ferida.**

ALTERNATIVAS

- **Paracetamol 500–750 mg:** alternativa à dipirona quando necessário, respeitando dose máxima diária e função hepática.
- Ferida limpa, simples e adequadamente suturada: **não usar antibiótico sistêmico de rotina.**
- Ferida contaminada, mordedura, lesão por esmagamento, fratura exposta ou paciente de alto risco: avaliar necessidade de antibioticoprofilaxia conforme mecanismo e protocolo atualizado.
- Se houver infecção/celulite após o procedimento: instituir antibiótico conforme características da lesão e protocolo local/atualizado.
- DRC, úlcera péptica, sangramento gastrointestinal ou anticoagulação relevante: evitar ou individualizar AINE.

OBSERVAÇÕES

- Realizar troca do curativo quando sujo, úmido ou conforme orientação do procedimento.
- Após período inicial, a ferida pode ser higienizada suavemente com água e sabonete neutro; secar sem friccionar e manter curativo limpo/protegido.
- Não utilizar álcool, água oxigenada ou antissépticos irritantes rotineiramente sobre a ferida em cicatrização.
- Avaliar profilaxia para **tétano** conforme tipo de ferimento e histórico vacinal.
- Esquema vacinal completo: reforço geralmente a cada **10 anos**; em ferimento grave/de risco, considerar reforço se última dose há **mais de 5 anos**, conforme PNI.
- **Retirada dos pontos:** face 3–5 dias; couro cabeludo e braços 7–10 dias; tronco, pernas, mãos e pés 10–14 dias; palmas/plantas 14–21 dias. Individualizar conforme tensão e cicatrização.
- Reavaliar se houver eritema progressivo, calor, edema, secreção purulenta, dor crescente, febre ou abertura dos pontos.

SOLUÇÃO PERSISTENTE

VISÃO GERAL

Descrição: contrações involuntárias e repetitivas do diafragma, seguidas de fechamento súbito da glote. É persistente quando dura mais de 48 horas.

Contexto Clínico: pode ocorrer após distensão gástrica, refluxo, consumo de álcool, cirurgia/anestesia ou por causas metabólicas, neurológicas e torácicas.

Sinais Clínicos: soluços repetitivos, podendo prejudicar sono, alimentação, hidratação e fala. Náuseas podem estar presentes conforme a causa associada.

Complicações: privação de sono, desidratação, perda de peso, exaustão e atraso no diagnóstico da doença de base.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Clorpromazina 25 mg _____ 9 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h por até 3 dias.

Suspender após resolução do soluço.

2. Metoclopramida 10 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, **se náuseas**, pelo menor tempo possível, por até 5 dias.

ALTERNATIVAS

- **Baclofeno:** opção para soluço persistente/refratário; ajustar conforme função renal e protocolo atualizado.
- **Gabapentina:** pode ser considerada em casos persistentes ou refratários; conferir protocolo atualizado.
- Se houver refluxo gastroesofágico associado: tratar especificamente a doença de base.
- Se efeitos adversos com clorpromazina: suspender e considerar alternativa terapêutica.

OBSERVAÇÕES

- Soluço por **>48 horas** requer investigação da causa.
- Clorpromazina pode causar sonolência, hipotensão postural e sintomas extrapiramidais.
- Metoclopramida: usar pelo menor tempo possível; suspender se distonia, acatisia ou movimentos involuntários.
- Se metoclopramida for necessária apenas para náuseas, individualizar seu uso e evitar doses desnecessárias durante tratamento com clorpromazina.
- Cautela em idosos, doença de Parkinson, história de discinesia tardia ou uso de outros antagonistas dopaminérgicos.
- Evitar álcool e atividades que exijam atenção se houver sonolência.
- Considerar eletrólitos, função renal, ECG e radiografia de tórax se soluço persistente sem causa evidente; ampliar investigação conforme clínica.
- Não manter tratamento farmacológico prolongado sem investigação etiológica.

SÍNDROME GRIPAL

VISÃO GERAL

Descrição: quadro respiratório agudo, geralmente viral, caracterizado por febre ou sensação febril associada a sintomas respiratórios e/ou sistêmicos.

Contexto Clínico: comum em infecções por influenza, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios, especialmente em períodos de maior circulação viral.

Sinais Clínicos: febre, cefaleia, mialgia, tosse, odinofagia, coriza, congestão nasal, calafrios, fadiga e mal-estar.

Complicações: pneumonia, desidratação, exacerbação de doenças crônicas e evolução para síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

Máximo: 4 g/dia.

2. Cetoprofeno 100 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, após alimentação, se dor ou mialgia importante, por até 5 dias.

3. Ambroxol 6 mg/mL xarope _____ 1 frasco

Tomar 5 mL VO de 8/8h por até 5 dias, **se tosse produtiva com secreção espessa.**

Uso Nasal

4. Budesonida 32 mcg/jato spray nasal _____ 1 frasco

Aplicar 2 a 4 jatos em cada narina, 1 vez ao dia.

ALTERNATIVAS

- **Paracetamol 500–750 mg:** alternativa à dipirona para dor ou febre, respeitando dose máxima diária e função hepática.
- Se houver contraindicação a AINE: não utilizar cetoprofeno; manter analgésico/antitérmico simples.
- Tosse seca, sem secreção: **não há indicação de rotina para ambroxol.**
- Suspeita de influenza em paciente com fator de risco para complicações: considerar **oseltamivir conforme protocolo do Ministério da Saúde**, preferencialmente com início precoce.
- Gestação, idosos ≥60 anos e pacientes com comorbidades relevantes: avaliar indicação de antiviral conforme protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Tratamento da síndrome gripal não complicada é predominantemente **sintomático**.
- **Antibiótico não é indicado de rotina** na ausência de suspeita de infecção bacteriana secundária.
- Corticoide sistêmico não é tratamento rotineiro da síndrome gripal sem outra indicação específica.
- Budesonida nasal é opcional e mais útil quando há **rinite/congestão nasal associada**; não exceder a dose recomendada da apresentação.
- Considerar teste para influenza/COVID-19 conforme contexto epidemiológico, fatores de risco e protocolo vigente.
- Em pacientes de risco para influenza complicada, **não atrasar oseltamivir aguardando resultado de teste quando houver indicação clínica.**

SÍFILIS

Primária, secundária ou latente recente

VISÃO GERAL

Descrição: infecção sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*, com manifestações clínicas variáveis conforme o estágio.

Contexto Clínico: ocorre após exposição sexual; a fase primária costuma apresentar cancro, a secundária manifestações sistêmicas/cutâneas e a latente recente pode ser assintomática.

Sinais Clínicos: úlcera geralmente única e indolor; linfonodomegalia; exantema, inclusive palmas e plantas; placas mucosas, condiloma plano ou ausência de sintomas.

Complicações: neurosífilis, sífilis ocular/otológica, doença cardiovascular, manifestações terciárias e transmissão vertical na gestação.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso IM

1. Benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI _____ dose única

Administrar **2.400.000 UI IM em dose única**, divididas em **1.200.000 UI em cada glúteo**.

ALTERNATIVAS

- **Sífilis tardia ou duração ignorada:** benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI IM, 1x/semana por 3 semanas. **Dose total: 7.200.000 UI.**
- **Alergia à penicilina, não gestante:** doxiciclina 100 mg VO de 12/12h por 15 dias para sífilis recente; garantir seguimento adequado.
- **Gestante:** penicilina é o único tratamento considerado adequado para prevenir sífilis congênita. Se alergia confirmada, realizar dessensibilização e tratar com penicilina.
- Neurosífilis, sífilis ocular ou otológica: **não utilizar este esquema isoladamente;** tratamento específico com penicilina cristalina EV conforme protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Confirmar **estadiamento** antes de definir o número de doses.
- Registrar VDRL/RPR quantitativo antes ou no início do tratamento para comparação no seguimento.
- Realizar controle com teste não treponêmico conforme protocolo; em não gestantes, geralmente trimestral por até 12 meses.
- Gestantes: acompanhamento com teste não treponêmico **mensal**.
- Teste treponêmico pode permanecer reagente mesmo após tratamento adequado; não é utilizado isoladamente para avaliar resposta terapêutica.
- Avaliar/testar parcerias sexuais e tratar quando indicado para reduzir reinfecção.
- Oferecer investigação para HIV e outras IST conforme contexto clínico.
- Pode ocorrer **reação de Jarisch-Herxheimer** nas primeiras 24h: febre, cefaleia, mialgia e piora transitória das lesões; não confundir automaticamente com alergia à penicilina.
- Na presença de sintomas neurológicos, visuais ou auditivos, investigar neurosífilis/sífilis ocular ou otológica antes de aplicar apenas o esquema habitual.

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL AGUDO (SUA-a)

VISÃO GERAL

Descrição: episódio de sangramento uterino em volume suficiente para exigir intervenção imediata, após exclusão de gestação.

Contexto Clínico: pode ocorrer por alterações estruturais ou não estruturais, classificadas pelo sistema PALM-COEIN, incluindo miomas, adenomiose, disfunção ovulatória e coagulopatias.

Sinais Clínicos: aumento importante do fluxo menstrual, sangramento prolongado, presença de coágulos, cólicas, fadiga, tontura e palidez.

Complicações: anemia, instabilidade hemodinâmica, necessidade de transfusão e recorrência do sangramento.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Levonorgestrel 150 mcg + etinilestradiol 30 mcg _____ 42 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h por 7 dias; após, tomar 1 comprimido VO 1x/dia por 21 dias.

2. Butilbrometo de escopolamina 10 mg + dipirona 250 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se cólica.

ALTERNATIVAS

- **Ácido tranexâmico 250 mg:** tomar 2 comprimidos VO de 8/8h por até 4 dias, em casos selecionados. Avaliar risco trombótico e evitar associação rotineira com anticoncepcional combinado.
- Se contraindicação ao estrogênio: **acetato de medroxiprogesterona 20 mg VO de 8/8h por 7 dias**, seguido de dose de manutenção conforme protocolo atualizado.
- História de TEV, trombofilia ou alto risco trombótico: evitar esquemas estrogênicos e individualizar tratamento.
- Gestação confirmada ou suspeita: **não utilizar este esquema**; investigar sangramento obstétrico.

OBSERVAÇÕES

- **Excluir gestação antes do tratamento** em mulher em idade fértil.
- Avaliar estabilidade hemodinâmica; sangramento intenso com hipotensão, síncope ou repercussão clínica não é manejo ambulatorial simples.
- Considerar hemograma; solicitar ferritina e outros exames conforme intensidade/duração do sangramento.
- Investigar etiologia pelo sistema **PALM-COEIN** após controle do episódio agudo.
- Anticoncepcional combinado em alta dose pode causar náuseas; avaliar contraindicações ao estrogênio antes da prescrição.
- Evitar estrogênio em TEV atual/prévio relevante, trombofilia conhecida e outras contraindicações conforme critérios de elegibilidade.
- Ácido tranexâmico: evitar em tromboembolismo ativo ou história/risco trombótico relevante; ajustar/evitar conforme função renal.
- Buscopan Composto já contém **dipirona 250 mg** por comprimido; considerar a dose total diária caso sejam utilizados outros medicamentos com dipirona.
- Sangramento persistente ou recorrente exige investigação etiológica e planejamento de tratamento de manutenção.

VIOLÊNCIA SEXUAL — PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

Adultos e adolescentes >45 kg

VISÃO GERAL

Descrição: atendimento de urgência após violência sexual com objetivo de prevenir HIV, hepatite B, sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase e gestação, quando aplicável.

Contexto Clínico: indicado após exposição sexual potencialmente infectante, considerando tipo de contato, tempo desde a exposição, possibilidade de gestação, situação vacinal e características individuais.

Sinais Clínicos: podem estar ausentes. Pode haver dor genital/pélvica, sangramento, escoriações, corrimento, disúria, ansiedade ou outras repercussões físicas e emocionais.

Complicações: aquisição de IST/HIV/hepatite B, gestação decorrente da violência, trauma genital, repercussões psicológicas e perda de seguimento clínico.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Azitromicina 500 mg _____ 2 comprimidos

Tomar 2 comprimidos VO juntos, em dose única (**dose total: 1 g**).

2. Metronidazol 400 mg _____ 5 comprimidos

Tomar 5 comprimidos VO juntos, em dose única (**dose total: 2 g**).

Uso IM

3. Benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI _____ dose única

Administrar 2.400.000 UI IM em dose única, divididas em **1.200.000 UI em cada glúteo**.

4. Ceftriaxona 500 mg _____ 1 frasco-ampola

Administrar 500 mg IM, em dose única.

PEP PARA HIV — SE INDICADA E EXPOSIÇÃO ≤72 HORAS

5. Tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg _____ 28 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, por 28 dias.

6. Dolutegravir 50 mg _____ 28 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, por 28 dias.

ALTERNATIVAS

- **Risco de gestação e exposição há ≤120 horas:** levonorgestrel 1,5 mg VO, dose única; utilizar o mais precocemente possível.
- Alergia aos antimicrobianos: escolher esquema alternativo conforme PCDT atualizado.
- Gestação: individualizar profilaxias; evitar esquemas contraindicados conforme idade gestacional e conferir protocolo atualizado.
- Crianças/adolescentes <45 kg: doses são calculadas por peso — **não utilizar automaticamente as doses desta página**.
- Contraindicação ao tenofovir ou dolutegravir: utilizar esquema alternativo de PEP conforme PCDT vigente.

OBSERVAÇÕES VIOLÊNCIA SEXUAL

⚠️ ATENÇÃO

- **PEP para HIV é urgência:** iniciar o mais rápido possível e, quando indicada, no máximo até **72 horas** após a exposição; duração de **28 dias**.
- Realizar teste rápido para HIV antes da PEP, **sem atrasar seu início quando indicada**.
- Solicitar/testar conforme protocolo: HIV, sífilis, HBsAg/anti-HBs, hepatite C e β -hCG quando houver possibilidade de gestação; avaliar creatinina e função hepática conforme contexto.
- Considerar pesquisa molecular para gonococo/clamídia conforme locais expostos e disponibilidade.
- Avaliar vacinação contra **hepatite B**; em violência sexual, verificar indicação de vacina e **imunoglobulina anti-hepatite B** conforme situação vacinal/sorológica.
- Avaliar vacinação contra **HPV** em pessoas de 9–45 anos sem esquema adequado.
- Metronidazol pode ser postergado em situações de uso concomitante de PEP antirretroviral ou contracepção de emergência, conforme tolerabilidade e protocolo do Ministério da Saúde.
- Evitar consumo de álcool durante o uso de metronidazol conforme bula/protocolo.
- Realizar seguimento clínico e sorológico conforme PCDT; uma testagem inicial negativa **não exclui infecção adquirida na exposição recente**.
- Atendimento clínico e profilaxias não devem ser atrasados pela avaliação médico-legal ou coleta de vestígios.
- Em criança/adolescente com suspeita ou confirmação de violência sexual: realizar **notificação compulsória e comunicação à rede de proteção/Conselho Tutelar**, conforme legislação e fluxo local.
- Evitar interrogatórios repetitivos; registrar objetivamente o relato espontâneo e os achados clínicos, reduzindo risco de revitimização.

RELATÓRIO MÉDICO – PRONTUÁRIO

Paciente comparece à unidade acompanhada de familiar/responsável, com relato de violência sexual ocorrida há aproximadamente _____ horas, referindo contato sexual penetrativo sem preservativo, com possibilidade de contato com secreções/sêmen, conforme informações fornecidas durante o atendimento. Realizado acolhimento em ambiente reservado, com registro objetivo do relato, evitando questionamentos repetitivos ou sugestivos. Ao exame, paciente em bom estado geral, consciente e orientada, hemodinamicamente estável, corada, hidratada, afebril e eupneica. Exame físico geral e avaliação das lesões realizados e devidamente registrados em prontuário; exame genital/anogenital realizado mediante consentimento quando indicado, com descrição objetiva dos achados, ressaltando-se que eventual ausência de lesões não exclui violência sexual.

Diante da exposição de risco, foram realizados/solicitados testes para HIV, sífilis e hepatites virais, β -hCG e demais exames laboratoriais pertinentes. Iniciadas profilaxias para infecções sexualmente transmissíveis conforme protocolo vigente e, por atendimento dentro da janela de indicação, iniciada profilaxia pós-exposição ao HIV por 28 dias. Avaliada situação vacinal para hepatite B e HPV, com vacinação e/ou imunoglobulina quando indicada. Realizada contracepção de emergência diante do risco de gestação, quando aplicável. Paciente e responsável orientados quanto à adesão às medicações, possíveis efeitos adversos e necessidade de seguimento clínico e sorológico.

Realizada notificação compulsória da violência e acionada a rede de proteção conforme legislação e fluxo institucional, incluindo Conselho Tutelar nos casos envolvendo criança/adolescente. Realizado contato/encaminhamento ao serviço de referência para atendimento especializado, avaliação médico-legal e coleta de vestígios quando indicada, sem retardar as medidas assistenciais e profiláticas. Paciente permanece clinicamente estável ao término do atendimento, sendo orientada, juntamente com responsável quando aplicável, quanto ao seguimento na rede de referência e retorno imediato em caso de intercorrências.

QUEIMADURA

VISÃO GERAL

Descrição: lesão térmica que acomete epiderme e parte da derme, geralmente dolorosa, úmida e com formação de bolhas (flictenas).

Contexto Clínico: comum após contato com líquidos quentes, chama, superfícies aquecidas ou outros agentes térmicos. A gravidade depende da profundidade, extensão e localização.

Sinais Clínicos: dor intensa, eritema, edema, flictenas, exsudação e hipersensibilidade local.

Complicações: infecção, desidratação em queimaduras extensas, cicatrização prolongada, cicatriz hipertrófica e alterações funcionais.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 1 g _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 6/6h, se dor.

2. Hidroxizina 25 mg _____ 15 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se prurido.

3. Paracetamol 500 mg + fosfato de codeína 30 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de até 4/4h, **somente se dor intensa**, pelo menor tempo possível.

Uso Tópico

4. Sulfadiazina de prata 1% creme _____ 1 tubo

Após limpeza da lesão, aplicar camada sobre toda a área queimada, 1 a 2 vezes ao dia, seguida de curativo estéril, conforme características da ferida.

ALTERNATIVAS

- Queimadura superficial/1º grau: **não utilizar sulfadiazina de prata de rotina**; preferir hidratação/proteção da pele.
- Queimaduras de 2º grau pequenas podem utilizar coberturas modernas apropriadas em substituição à sulfadiazina, conforme disponibilidade e protocolo local.
- Alergia a sulfonamidas/sulfadiazina: utilizar cobertura alternativa conforme protocolo de feridas.
- Gestação, DRC, hepatopatia ou deficiência de G6PD: evitar/individualizar sulfadiazina de prata e conferir protocolo atualizado.
- Dor moderada controlável: preferir dipirona, reservando code ina para dor intensa.

OBSERVAÇÕES

- Avaliar **profundidade e superfície corporal queimada (SCQ)** antes de definir tratamento ambulatorial.
- Não aplicar gelo diretamente sobre a queimadura.
- Antib tico sistêmico **não   indicado profilaticamente de rotina** em queimadura sem sinais de infec o.
- Hidroxizina pode causar sonolência; cautela ao associar com code ina.
- Code ina: usar pelo menor período possível; pode causar sonolência, náusea, constipa o e depressão respiratória.
- **Não associar outros medicamentos contendo paracetamol** durante o uso de paracetamol + code ina. A apresenta o 500 mg + 30 mg cont m ambos os princípios ativos.
- Evitar  lcool, benzodiazepínicos e outros sedativos durante uso de code ina.
- Queimaduras extensas, profundas ou envolvendo face, mãos, p s, genitais, períneo, grandes articula o es, via aérea ou origem elétrica/química necessitam avalia o específica.

QUEIMADURA QUÍMICA OCULAR

VISÃO GERAL

Descrição: lesão da conjuntiva e/ou córnea após contato com substância química ácida ou alcalina. É uma emergência oftalmológica, especialmente nas exposições a álcalis.

Contexto Clínico: ocorre após contato ocular com produtos de limpeza, cimento/cal, produtos industriais, solventes ou outras substâncias corrosivas.

Sinais Clínicos: dor intensa, ardor, hiperemia, lacrimejamento, fotofobia, blefaroespasmo e redução da acuidade visual.

Complicações: defeito epitelial corneano, úlcera, opacidade/cicatriz corneana, isquemia conjuntival, perfuração e perda visual.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oftálmico

1. Lágrima artificial sem conservantes _____ 1 frasco

Instilar 1 a 2 gotas no olho afetado, 4 a 6 vezes ao dia, conforme necessidade.

2. Tobramicina 0,3% solução oftálmica _____ 1 frasco

Instilar 1 a 2 gotas no olho afetado de 4/4h por 5–7 dias, **se houver lesão epitelial corneana**, conforme avaliação clínica.

Uso Oral

3. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor.

4. Aminoácidos 25 mg/g + cloranfenicol 5 mg/g + metionina 5 mg/g + vitamina A 10.000 UI/g (Epitesan®) pomada oftálmica _____ 1 tubo

Aplicar pequena quantidade no saco conjuntival do olho afetado, **3 a 4 vezes ao dia**, por 5–7 dias, **se houver defeito epitelial corneano**, conforme evolução clínica.

ALTERNATIVAS

- **Ciclopentolato 1%:** considerar se dor importante/fotofobia por espasmo ciliar; usar conforme avaliação oftalmológica/protocolo atualizado.
- Antibiótico oftálmico alternativo pode ser utilizado conforme disponibilidade e características da lesão.
- Corticoide oftálmico pode ter indicação em queimaduras selecionadas, porém **somente sob orientação oftalmológica**.
- Queimaduras moderadas/graves podem necessitar tratamentos adicionais especializados; conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- **Irrigação imediata e abundante é a principal conduta inicial.** Não aguardar exame completo para iniciar.
- Irrigar com SF 0,9%, solução balanceada ou, na ausência, água limpa, geralmente utilizando vários litros.
- Manter irrigação até atingir **pH conjuntival aproximadamente 7,0–7,2**, reavaliando após interrupção.
- Everter as pálpebras e remover partículas químicas retidas nos fundos de saco conjuntivais.
- Avaliar acuidade visual, córnea com fluoresceína e extensão da lesão após irrigação.
- Evitar **fenilefrina** na queimadura química ocular pela vasoconstrição e potencial piora da isquemia.
- Não utilizar corticoide ocular por conta própria; risco de complicações corneanas se usado inadequadamente.
- Redução visual, opacidade corneana, defeito epitelial extenso, isquemia conjuntival ou dor importante exigem avaliação oftalmológica urgente.

XEROSE CUTÂNEA / PRURIDO – RESSECAMENTO - DERMATITE

VISÃO GERAL

Descrição: redução da hidratação e alteração da barreira cutânea, causando pele seca, áspera, descamativa e frequentemente pruriginosa.

Contexto Clínico: comum em idosos, clima seco, banhos quentes/prolongados, uso excessivo de sabonetes, dermatite atópica e exposição a produtos irritantes.

Sinais Clínicos: ressecamento, descamação fina, aspereza, fissuras superficiais, sensação de repuxamento e prurido.

Complicações: escoriações, fissuras, dermatite e infecção bacteriana secundária por coçadura.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Loratadina 10 mg _____ 7 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, se prurido, por até 7 dias.

Uso Tópico

2. Creme Lanette 100 g + óleo de semente de uva 5% + óleo de amêndoas _____ 1 pote

Aplicar camada generosa sobre a pele 2 vezes ao dia, principalmente após o banho.

3. Dexclorfeniramina 10 mg/g creme _____ 1 tubo

Aplicar fina camada sobre as áreas com prurido, 2 a 3 vezes ao dia, por curto período.

ALTERNATIVAS

- Pode-se substituir a formulação manipulada por hidratante/emoliente sem fragrância, preferencialmente creme ou pomada.
- Em xerose intensa, formulações mais oclusivas podem ser mais eficazes.
- Se prurido persistente apesar de loratadina, reavaliar causa em vez de aumentar empiricamente a dose.
- Gestantes ou lactantes: individualizar medicamentos sistêmicos e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Hidratação regular é a principal medida terapêutica.
- Aplicar hidratante logo após o banho, com a pele ainda discretamente úmida.
- Preferir banhos rápidos e água morna; evitar água muito quente.
- Usar sabonete suave somente nas áreas necessárias.
- Loratadina: dose habitual máxima **10 mg/dia**.
- Dexclorfeniramina tópica: evitar uso prolongado ou em grandes áreas; suspender se houver ardor, eritema ou piora do prurido.
- Evitar aplicação sobre pele muito lesionada, mucosas ou áreas extensamente escoriadas.
- Prurido generalizado persistente, especialmente sem lesões cutâneas primárias, exige investigação de causas sistêmicas.
- Corticoide tópico não é necessário para xerose simples; reservar para dermatose inflamatória associada.

DOR NEUROPÁTICA – PREGABALINA

VISÃO GERAL

Descrição: dor causada por lesão ou doença do sistema somatossensorial, com características diferentes da dor nociceptiva habitual.

Contexto Clínico: pode ocorrer em neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética, lesões nervosas, neuropatias compressivas e outras doenças do sistema nervoso.

Sinais Clínicos: queimação, choque, pontadas, formigamento, dormência, alodinia e hipersensibilidade ao toque.

Complicações: dor crônica, distúrbio do sono, limitação funcional, piora da qualidade de vida e incapacidade para atividades habituais.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Pregabalina 75 mg _____ 60 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO de 12/12h, uso contínuo.

Reavaliar resposta clínica, tolerabilidade e necessidade de manutenção.

ALTERNATIVAS

- **Gabapentina:** alternativa em caso de intolerância, contraindicação ou indisponibilidade da pregabalina.
- **Duloxetina ou amitriptilina:** opções para diferentes síndromes de dor neuropática, conforme perfil clínico e comorbidades.
- Dor neuropática localizada: considerar tratamento tópico, como capsaicina, em casos selecionados.
- DRC: ajustar obrigatoriamente a dose da pregabalina conforme clearance de creatinina.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Avaliar função renal antes e durante tratamento quando houver risco de DRC.
- Pregabalina pode causar **tontura, sonolência, edema periférico e ganho de peso**.
- Orientar cautela para dirigir ou operar máquinas, principalmente no início ou após aumento da dose.
- Associação com opioides, benzodiazepínicos, álcool ou outros depressores do SNC aumenta sedação e pode aumentar risco de depressão respiratória.
- Não suspender abruptamente após uso regular; realizar **redução gradual por pelo menos 1 semana**.
- Avaliar periodicamente controle da dor, função, sono, efeitos adversos e necessidade de continuidade.
- Aumento de dose deve ser individualizado conforme resposta, tolerabilidade, indicação específica e função renal.
- Pregabalina não deve ser utilizada indiscriminadamente para qualquer dor musculoesquelética; confirmar componente neuropático.

TRAUMA CONTUSO - ESCORIAÇÕES POR AGRESSÃO FÍSICA – CORPO DELITO

VISÃO GERAL

Descrição: lesões traumáticas de partes moles decorrentes de impacto, compressão, tração ou atrito, podendo causar contusões, equimoses, hematomas e escoriações.

Contexto Clínico: comum após agressões físicas, quedas ou impactos diretos. A avaliação deve excluir TCE, fraturas, lesões internas e trauma cervical.

Sinais Clínicos: dor, edema, equimoses, hematomas, escoriações, sensibilidade local e limitação dolorosa dos movimentos.

Complicações: fraturas ocultas, TCE, lesões neurovasculares, infecção de escoriações, lesão cervical por estrangulamento e repercussões psicológicas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor.

2. Ibuprofeno 400 mg _____ 15 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, após alimentação, se dor inflamatória, por até 5 dias.

Uso Tópico / Cuidados Locais

3. Solução fisiológica 0,9% _____ 1 frasco

Utilizar para limpeza das escoriações 1 a 2 vezes ao dia, mantendo a região limpa e protegida.

ALTERNATIVAS

- **Paracetamol 500–750 mg:** alternativa à dipirona ou ao AINE, conforme perfil clínico.
- DRC, úlcera péptica, sangramento gastrointestinal ou anticoagulação: evitar/individualizar AINE.
- Gestação: evitar AINE conforme idade gestacional; conferir protocolo atualizado.
- Dor intensa ou suspeita de fratura: reavaliar antes de escalar empiricamente para opioide.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Examinar e registrar objetivamente **localização, lateralidade, tamanho, formato e características** de hematomas, equimoses e escoriações.
- Registrar o mecanismo **conforme relato da paciente**, evitando afirmar como observado aquilo que não foi presenciado.
- Fotografias de lesões somente conforme consentimento e protocolo institucional.
- Em lesão cervical, perguntar especificamente sobre **compressão do pescoço/estrangulamento**.
- Rouquidão, disfagia, dispneia, edema cervical, petéquias, síncope, alteração neurológica ou hematoma sobre região carotídea exigem avaliação imediata para lesão de via aérea/vascular.
- Equimose cervical após possível estrangulamento pode justificar investigação por imagem conforme quadro clínico e protocolo.
- Avaliar TCE quando houver trauma craniano, amnésia, vômitos, perda de consciência ou déficit neurológico.
- Avaliar vacinação antitetânica quando houver escoriações/feridas.
- Antibiótico sistêmico não é rotina em escoriações superficiais limpas.
- Avaliar segurança da paciente e necessidade de acionamento da rede de proteção conforme protocolo institucional. A assistência deve contemplar necessidades físicas, psicológicas e de segurança.

RELATÓRIO MÉDICO DE INSPEÇÃO POLICIAL

Paciente comparece à unidade de saúde relatando ter sido vítima de agressão física praticada por ex-companheiro há aproximadamente 2 horas. Refere dor difusa pelo corpo, predominando em região cervical, braço e ombro esquerdo. Nega queda, perda da consciência, síncope ou violência sexual.

Ao exame, encontra-se em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril e eupneica em ar ambiente. PA: 110 × 70 mmHg, FC: 88 bpm, SpO₂: 96% em ar ambiente.

Ao exame neurológico, apresenta pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits neurológicos focais aparentes. Ausculta respiratória com murmúrio vesicular bilateralmente presente, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros. Abdome normotenso, indolor à palpação e sem sinais de irritação peritoneal. Extremidades bem perfundidas, sem edema.

À inspeção, observam-se **hematomas/equimoses em região cervical**, além de **escoriações em dorso e em coxa esquerda**, associadas a dor em região cervical, braço e ombro esquerdo. Demais lesões visíveis: _____ . Não foram observados, no momento do exame, sinais clínicos de instabilidade hemodinâmica ou déficit neurológico focal.

Os achados físicos descritos são compatíveis com trauma contuso e escoriações, devendo ser correlacionados com o mecanismo de trauma informado pela paciente. Foram prestadas as medidas assistenciais cabíveis, orientações quanto a sinais de alarme e necessidade de reavaliação em caso de piora clínica.

Emito o presente relatório para fins de registro médico e apresentação às autoridades competentes, quando necessário.

Data: // _____

Horário: _____

Médico(a): _____

CRM: _____

Assinatura/carimbo: _____

RELATÓRIO MÉDICO DE INSPEÇÃO – PACIENTE SOB CUSTÓDIA POLICIAL

Paciente comparece à unidade sob custódia policial, acompanhado por agente(s) de segurança, para avaliação médica. Refere _____. Ao exame, encontra-se em bom estado geral, consciente e orientado, hemodinamicamente estável, eupneico, sem sinais de instabilidade clínica. Apresenta **escoriações superficiais esparsas em membros superiores, sem sangramento ativo, sem sinais de infecção e sem limitação funcional aparente**. Demais exames sem alterações relevantes. Realizadas as medidas assistenciais pertinentes, com orientações e prescrição conforme necessidade. No momento da avaliação, não foram identificadas condições clínicas que indiquem necessidade de permanência nesta unidade, sendo liberado após atendimento, sob responsabilidade da escolta policial.

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

Tratamento ambulatorial — adulto com comorbidades/fatores de risco

VISÃO GERAL

Descrição: infecção aguda do parênquima pulmonar adquirida fora do ambiente hospitalar, geralmente de etiologia bacteriana ou viral.

Contexto Clínico: mais frequente em idosos, tabagistas e pacientes com DPOC, diabetes, cardiopatias, doença renal/hepática, neoplasias ou outras comorbidades.

Sinais Clínicos: febre, tosse, expectoração, dispneia, dor torácica ventilatório-dependente, taquipneia, fadiga e alterações focais à ausculta.

Complicações: insuficiência respiratória, derrame pleural/empiema, sepse, abscesso pulmonar e necessidade de internação.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Amoxicilina + clavulanato 500 mg + 125 mg _____ 21 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h por 7 dias.

2. Azitromicina 500 mg _____ 5 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, por 5 dias.

3. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

4. Acetilcisteína 200 mg granulado _____ 15 sachês

Dissolver 1 sachê em meio copo de água e tomar VO de 8/8h por 5 dias, se secreção espessa/dificuldade para expectorar.

5. Loratadina 10 mg _____ 5 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, por até 5 dias, **somente se sintomas nasais/alérgicos associados.**

6. Prednisona 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 2 comprimidos VO pela manhã, por 5 dias, **somente se houver exacerbação concomitante de asma/DPOC ou outra indicação específica.**

ALTERNATIVAS

- Paciente previamente saudável, sem comorbidades ou fatores de risco: considerar esquema de menor espectro conforme protocolo local/atualizado.
- Alergia importante a betalactâmicos: escolher alternativa conforme gravidade, comorbidades e protocolo atualizado.
- Gestação: individualizar escolha antimicrobiana e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Confirmar diagnóstico e avaliar gravidade; utilizar **CRB-65/CURB-65 ou PSI** quando apropriado.
- Dupla cobertura com betalactâmico + macrolídeo é mais apropriada em pacientes com **comorbidades/fatores de risco**; evitar antibiótico excessivamente amplo sem indicação.
- Prednisona **não é rotina na PAC isolada**; reservar para outra indicação concomitante.
- Acetilcisteína é apenas adjuvante para secreção espessa; não substitui antibioticoterapia quando esta estiver indicada.
- Azitromicina: cautela em QT prolongado, arritmias e associação com outros medicamentos que prolongam QT.

PIELONEFRITE AGUDA NÃO COMPLICADA

Adulto estável — tratamento ambulatorial

VISÃO GERAL

Descrição: infecção bacteriana do trato urinário superior, acometendo pelve e parênquima renal, geralmente por ascensão de bactérias da bexiga.

Contexto Clínico: mais comum em mulheres, podendo surgir após sintomas de cistite. Litíase, obstrução urinária, diabetes, gestação e alterações urológicas aumentam risco de complicações.

Sinais Clínicos: febre, calafrios, dor lombar/flanco, sinal de Giordano positivo, náuseas/vômitos, disúria, polaciúria e urgência urinária.

Complicações: sepse, abscesso renal, obstrução infectada, lesão renal aguda e recorrência da infecção.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso IM

1. Ceftriaxona 1 g _____ 1 frasco-ampola

Administrar 1 g IM, em dose única, como dose inicial, quando indicada conforme perfil de resistência/protocolo local.

Uso Oral

2. Ciprofloxacino 500 mg _____ 14 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h por 7 dias.

3. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

4. Butilbrometo de escopolamina 10 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se cólica.

ALTERNATIVAS

- **Levofloxacino:** alternativa conforme resistência local, contraindicações e protocolo atualizado.
- Se urocultura demonstrar sensibilidade, sulfametoxazol + trimetoprima pode ser opção; duração conforme protocolo.
- Betalactâmicos podem ser utilizados em situações selecionadas, geralmente com duração maior e orientados por cultura.
- **Gestação:** não utilizar ciprofloxacino como esquema habitual; tratar conforme protocolo obstétrico atualizado.
- DRC: ajustar antimicrobianos conforme função renal.

OBSERVAÇÕES

- Reavaliar em **48–72 horas**; ausência de melhora exige investigação de resistência, obstrução, cálculo ou abscesso.
- Nitrofurantoína e fosfomicina **não devem ser usadas para pielonefrite**, pois não atingem concentração adequada no parênquima renal.
- Ciprofloxacino: considerar resistência bacteriana local e exposição prévia a quinolonas.
- Gestantes, homens, imunossuprimidos, pacientes com anormalidades urológicas ou obstrução devem ser avaliados como situações potencialmente complicadas.
- Hipotensão, confusão, vômitos persistentes, hipoxemia, oligúria, sepse ou incapacidade de tolerar VO afastam manejo ambulatorial simples.

PARALISIA DE BELL

VISÃO GERAL

Descrição: paralisia facial periférica aguda, unilateral e idiopática, decorrente de disfunção do nervo facial (VII par craniano).

Contexto Clínico: início súbito, geralmente em horas, podendo ocorrer após infecção viral. Mais frequente em diabéticos, gestantes e pacientes com episódio respiratório recente.

Sinais Clínicos: fraqueza de toda hemiface, incluindo testa, assimetria facial, dificuldade de fechar o olho, apagamento do sulco nasolabial, alteração do paladar, hiperacusia e sialorreia.

Complicações: ceratite/úlceras de córnea por exposição, olho seco, sincinesias, espasmo hemifacial e déficit facial persistente.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Prednisona 20 mg _____ 23 comprimidos

Tomar 3 comprimidos VO pela manhã (**60 mg/dia**) por 5 dias.

Após, reduzir 10 mg ao dia: **50 mg, 40 mg, 30 mg, 20 mg e 10 mg**, respectivamente, por mais 5 dias.

Uso Oftálmico

2. Carmelose sódica 5 mg/mL (Lacrifilm®) _____ 1 frasco

Instilar 1 gota no olho afetado **a cada 1 hora enquanto acordado**, se fechamento palpebral incompleto.

3. Pomada/gel oftálmico lubrificante _____ 1 tubo

Aplicar pequena quantidade no saco conjuntival inferior antes de dormir. Após, manter a pálpebra fechada com fita/oclusão gentil durante o sono.

ALTERNATIVAS

- **Valaciclovir 1 g VO de 8/8h por 7 dias:** pode ser associado ao corticoide, principalmente em paralisia grave/completa e quando iniciado precocemente.
- **Aciclovir 400 mg VO, 5 vezes/dia por 10 dias:** alternativa ao valaciclovir.
- Antiviral **não deve ser utilizado isoladamente** para Paralisia de Bell.

OBSERVAÇÕES

- Iniciar corticoide preferencialmente **nas primeiras 72 horas** do início dos sintomas.
- Confirmar padrão **periférico**: na Paralisia de Bell, testa e metade inferior da face estão acometidas.
- Preservação da testa, déficit focal adicional ou outras alterações neurológicas exigem investigação de causa central.
- Procurar vesículas em pavilhão auricular/conduto, otalgia intensa ou sintomas vestibulococleares — considerar **síndrome de Ramsay Hunt**.
- Proteção ocular é obrigatória quando houver lagofalmo; avaliar córnea se dor ocular, hiperemia, fotofobia ou baixa visual.
- Antibiótico ou corticoide oftálmico **não são rotina** na Paralisia de Bell.
- Avaliar glicemia e contraindicações antes de corticoide em pacientes de risco.
- Exames laboratoriais e neuroimagem não são necessários de rotina em apresentação típica.
- Reavaliar se houver piora neurológica, novos déficits ou recuperação facial incompleta após aproximadamente 3 meses.

OTITE EXTERNA AGUDA

VISÃO GERAL

Descrição: inflamação/infeção aguda do conduto auditivo externo, geralmente bacteriana, frequentemente associada à umidade ou trauma local.

Contexto Clínico: comum após piscina/mar, manipulação com cotonetes, trauma do conduto, uso de aparelhos auditivos ou dermatites locais.

Sinais Clínicos: otalgia, prurido, sensação de ouvido tampado, otorreia e dor à mobilização do trago ou pavilhão auricular.

Complicações: celulite periauricular, extensão da infecção e, em diabéticos/imunossuprimidos, otite externa necrotizante.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Otológico

1. Hidrocortisona 10 mg/mL + neomicina 5 mg/mL + polimixina B 10.000 UI/mL (Otosporin®) _____ 1 frasco

Instilar 3 gotas no ouvido afetado de 8/8h por 7 dias.

Manter o ouvido voltado para cima por cerca de 30 segundos após aplicação.

Uso Oral

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

Uso Nasal

3. Solução fisiológica 0,9% _____ 1 frasco

Realizar lavagem nasal com aproximadamente 10 mL em cada narina, 3–4 vezes ao dia, **se houver rinite/coriza/congestão nasal associada.**

ALTERNATIVAS

- Se **perfuração timpânica conhecida ou suspeita**, tubo de ventilação ou membrana timpânica não visualizada adequadamente: evitar preparações potencialmente ototóxicas com neomicina; preferir opção não ototóxica, como quinolona otológica, conforme protocolo atualizado.
- Alergia/sensibilização à neomicina: utilizar alternativa tópica apropriada.
- Canal muito edemaciado: pode ser necessária limpeza cuidadosa e/ou colocação de mecha para permitir chegada do medicamento.
- Antibiótico sistêmico: reservar para extensão além do conduto ou situações especiais, como imunossupressão/diabetes descompensado.

OBSERVAÇÕES

- Confirmar **integridade da membrana timpânica** antes de prescrever Otosporin®.
- Evitar cotonetes, manipulação do conduto e entrada de água no ouvido durante o tratamento.
- Orientar aplicação correta das gotas para garantir contato com o conduto.
- Antibiótico oral **não é rotina** na otite externa simples.
- Reavaliar em 48–72h se ausência de melhora.
- Dor intensa desproporcional, tecido de granulação, febre ou paciente diabético/imunossuprimido exigem investigação de complicações.
- Lavagem nasal não trata a otite externa; manter apenas se houver sintomas nasais concomitantes.

ONICOMICOSE / MICOSE DE UNHA

VISÃO GERAL

Descrição: infecção fúngica da lâmina e/ou leito ungueal, geralmente causada por dermatófitos, podendo também envolver leveduras e fungos não dermatófitos.

Contexto Clínico: mais comum nas unhas dos pés, especialmente em idosos, diabéticos, atletas, pacientes com tinea pedis, hiperidrose ou exposição frequente à umidade.

Sinais Clínicos: unha espessada, amarelada ou esbranquiçada, quebradiça, deformada, com descolamento da lâmina e acúmulo subungueal.

Complicações: dor, deformidade ungueal, recorrência, disseminação para outras unhas/pele e maior risco de infecção bacteriana em pacientes predispostos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Fluconazol 150 mg _____ 24 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO, **1 vez por semana, por 24 semanas.**

Uso Tópico

2. Tioconazol 28% solução para unhas _____ 1 frasco

Aplicar sobre toda a unha afetada e pregas ungueais **2 vezes ao dia, por 6 meses.**

ALTERNATIVAS

- **Terbinafina 250 mg VO 1x/dia:** opção sistêmica preferencial para onicomicose por dermatófitos; duração usual de 6 semanas para mãos e 12 semanas para pés.
- **Amorolfina 5% esmalte:** alternativa tópica para doença limitada, conforme disponibilidade.
- **Ciclopirox 8% esmalte:** alternativa tópica em onicomicose leve/superficial.
- **DRC:** fluconazol pode exigir ajuste conforme função renal; conferir protocolo atualizado.
- **Gestação:** evitar tratamento sistêmico eletivo; individualizar e, em geral, postergar tratamento.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Sempre que possível, **confirmar micose antes de tratamento oral** com exame micológico direto/cultura ou método disponível.
- Fluconazol semanal é uma alternativa terapêutica; **terbinafina oral apresenta maior eficácia para a maioria das onicomicoses por dermatófitos.**
- Avaliar função hepática e medicamentos em uso antes de tratamento sistêmico prolongado; fluconazol possui interações medicamentosas relevantes.
- Ajustar fluconazol em insuficiência renal quando necessário.
- Tioconazol 28% deve ser aplicado **na unha**, não em olhos ou mucosas.
- Cortar e lixar periodicamente a porção espessada pode melhorar a resposta ao tratamento tópico.
- Tratar tinea pedis concomitante para reduzir recorrência.
- A melhora é lenta: a unha só recupera aspecto normal conforme cresce. Unhas dos pés podem levar **9–12 meses ou mais** para renovação completa.
- Ausência de melhora, diagnóstico duvidoso ou acometimento importante da matriz: considerar avaliação dermatológica.

DISPEPSIA / EPIGASTRALGIA

VISÃO GERAL

Descrição: dor ou desconforto em região epigástrica, podendo estar associado a plenitude pós-prandial, saciedade precoce, queimação, náuseas ou refluxo.

Contexto Clínico: comum em gastrite, doença ácido-péptica, refluxo, infecção por *H. pylori*, uso de AINEs e dispepsia funcional.

Sinais Clínicos: dor ou queimação epigástrica, empachamento, plenitude pós-prandial, saciedade precoce, náuseas, eructações e pirose.

Complicações: úlcera péptica, sangramento digestivo, anemia, perfuração e atraso no diagnóstico de doença orgânica relevante.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Omeprazol 40 mg _____ 28 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO pela manhã, em jejum, 30 minutos antes do café da manhã, por 4 semanas.

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor.

3. Butilbrometo de escopolamina 10 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se dor abdominal tipo cólica.

ALTERNATIVAS

- **Cimetidina 400 mg:** tomar 1 comprimido VO de 12/12h, como alternativa quando houver contraindicação, intolerância ou resposta inadequada ao IBP.
- Evitar associação rotineira de **omeprazol + cimetidina**; geralmente não há necessidade de dupla supressão ácida.
- Se suspeita de *Helicobacter pylori*: realizar estratégia de “testar e tratar” conforme protocolo atualizado.
- Gestação: individualizar tratamento e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Evitar AINEs em paciente com suspeita de gastrite ou doença ulcerosa, quando possível.
- Hematêmese, melena, anemia, perda ponderal, disfagia, vômitos persistentes ou massa abdominal exigem investigação específica.
- Sintomas persistentes ou recorrentes após tratamento inicial: investigar *H. pylori* e outras etiologias.
- Para teste respiratório ou antígeno fecal para *H. pylori*, suspender IBP por cerca de **2 semanas antes do exame**, quando clinicamente possível.
- Omeprazol de uso prolongado deve ter indicação definida e reavaliação periódica.
- Cimetidina apresenta **múltiplas interações medicamentosas**, incluindo anticoagulantes, fenitoína, teofilina e outros fármacos; revisar medicamentos em uso antes de prescrever.
- Butilbrometo de escopolamina é apenas sintomático e não deve mascarar investigação de dor abdominal persistente ou progressiva.
- Epigastria também pode representar doença biliar, pancreática ou cardíaca; correlacionar com história e exame físico.

CÓLICA RENAL / URETEROLITÍASE/ NEFROLITÍASE / CÁLCULO RENAL / PEDRA NOS RINS

VISÃO GERAL

Descrição: dor aguda provocada pela obstrução do ureter por cálculo urinário, causando aumento da pressão e espasmo do trato urinário.

Contexto Clínico: comum em pacientes com história prévia de nefrolitíase, baixa ingestão hídrica, alterações metabólicas ou história familiar de cálculos.

Sinais Clínicos: dor lombar intensa em cólica, geralmente unilateral, com irradiação para abdome inferior/virilha, inquietação, náuseas, vômitos e hematúria.

Complicações: obstrução urinária persistente, hidronefrose, lesão renal aguda, infecção urinária associada, pielonefrite obstrutiva e sepse.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Cetoprofeno 100 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, após alimentação, se dor, por até 5 dias.

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

3. Paracetamol 500 mg + fosfato de codeína 30 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se dor moderada/intensa não controlada com os analgésicos anteriores, por curto período.

4. Tansulosina 0,4 mg _____ 28 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO, 1 vez ao dia, por até 4 semanas, **se cálculo ureteral distal de 5–10 mm e conduta expulsiva for apropriada.**

ALTERNATIVAS

- **Tramadol 50 mg:** tomar 1 comprimido VO de 6/6 a 8/8h se dor intensa, por curto período, **como alternativa à codeína — não utilizar os dois opioides concomitantemente.**
- Se AINE contraindicado: priorizar dipirona/paracetamol e individualizar analgesia de resgate.
- Cálculos <5 mm apresentam alta taxa de eliminação espontânea; benefício da tansulosina é menor.
- Gestação: evitar tansulosina e AINEs como rotina; manejo deve ser individualizado conforme protocolo obstétrico/urológico.
- DRC ou lesão renal aguda: evitar/individualizar AINE e ajustar medicamentos conforme função renal.

OBSERVAÇÕES

- AINE é **primeira escolha para cólica renal**, quando não houver contraindicação.
- Evitar AINE em DRC significativa, LRA, úlcera/sangramento gastrointestinal, desidratação importante ou anticoagulação de alto risco.
- Pode causar tontura e hipotensão postural; orientar levantar-se lentamente.
- Paracetamol + codeína já contém paracetamol; considerar a dose total diária caso utilize outros medicamentos com paracetamol.
- Febre, calafrios ou sinais de ITU associados à obstrução sugerem **emergência urológica**; não tratar apenas com antibiótico/analgesia.

IMPETIGO / PIDERMITE SUPERFICIAL LOCALIZADA

VISÃO GERAL

Descrição: infecção bacteriana superficial da pele, geralmente causada por *Staphylococcus aureus* e/ou *Streptococcus pyogenes*.

Contexto Clínico: ocorre após pequenas lesões cutâneas, escoriações, picadas, dermatites ou autoinoculação; pode acometer qualquer idade.

Sinais Clínicos: pápulas, vesículas ou pústulas que evoluem para erosões e crostas amareladas/melicéricas, podendo apresentar prurido ou ardor leve.

Complicações: disseminação local, celulite, ectima, recorrência e, raramente, glomerulonefrite pós-estreptocócica.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico

1. Mupirocina 2% pomada _____ 1 tubo

Aplicar fina camada sobre as lesões **de 8/8h por 5 dias**.

Se resposta incompleta, reavaliar; tratamento pode ser prolongado por até 10 dias conforme evolução.

ALTERNATIVAS

- **Lesões numerosas, extensas ou recorrentes:** cefalexina 500 mg VO de 6/6h por 7 dias.
- **Impetigo bolhoso ou ectima:** preferir antibioticoterapia sistêmica conforme avaliação clínica.
- Alergia a betalactâmicos ou suspeita de MRSA: escolher esquema conforme perfil clínico e protocolo local/atualizado.
- Gestação: mupirocina tópica pode ser considerada quando indicada; individualizar uso.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Mupirocina isolada é mais indicada para **poucas lesões e doença localizada**.
- Remover delicadamente crostas e secreções antes da aplicação, sem traumatizar a pele.
- Evitar aplicação em olhos, mucosas e interior das narinas com a formulação dermatológica.
- Evitar uso prolongado ou repetitivo sem indicação devido ao risco de resistência bacteriana.
- Não utilizar antibiótico sistêmico rotineiramente em doença pequena e localizada.
- Múltiplas lesões, febre, celulite associada ou rápida progressão indicam reavaliação e possível tratamento sistêmico.
- Lesão flutuante ou abscesso exige avaliar necessidade de drenagem; mupirocina isolada não é tratamento adequado.
- Ausência de melhora em 3–5 dias: rever diagnóstico, adesão e possibilidade de resistência bacteriana.

MORDEDURA DE CÃO / FERIMENTO POR ANIMAL

VISÃO GERAL

Descrição: ferimento traumático causado por mordedura de cão, com risco de lesão tecidual, infecção bacteriana, tétano e exposição ao vírus da raiva.

Contexto Clínico: pode variar de escoriações superficiais a ferimentos profundos, puntiformes, múltiplos ou extensos. Mãos, face, pés e áreas próximas a articulações apresentam maior risco de complicações.

Sinais Clínicos: dor, escoriação, perfuração ou laceração, edema, equimose e sangramento. Infecção pode cursar com eritema progressivo, calor, secreção purulenta e febre.

Complicações: celulite, abscesso, infecção profunda, lesão tendínea/neurovascular, osteomielite, tétano e raiva.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Amoxicilina + clavulanato 500 mg + 125 mg _____ 21 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h por 7 dias, **quando houver infecção ou ferimento com indicação de antibioticoterapia.**

2. Ibuprofeno 600 mg _____ 9 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, após alimentação, se dor/inflamação, por até 3 dias.

3. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

ALTERNATIVAS

- Ferimento de baixo risco, superficial e sem sinais de infecção: antibiótico sistêmico pode não ser necessário.
- Profilaxia antibiótica é mais relevante em feridas profundas, mãos, face, pés, imunossupressão, diabetes, esmagamento ou apresentação tardia.
- Alergia importante a penicilinas: escolher alternativa conforme perfil clínico e protocolo atualizado.
- DRC: avaliar função renal e ajustar amoxicilina/clavulanato; evitar ou individualizar AINE.
- Gestação: evitar AINEs especialmente após 20 semanas; individualizar analgesia.

OBSERVAÇÕES

- Lavar imediatamente e abundantemente o ferimento com **água corrente e sabão.**
- Avaliar profundidade, estruturas nobres, necessidade de exploração e eventual sutura.
- Mordeduras geralmente não devem ser suturadas primariamente, salvo situações selecionadas.
- Avaliar e atualizar **profilaxia antitetânica** conforme histórico vacinal e características do ferimento.
- Avaliar sempre **profilaxia antirrábica conforme tipo de exposição e animal agressor.**
- Cão/gato saudável e passível de observação: manter **observação por 10 dias** conforme protocolo vigente.
- Se o animal adoecer, apresentar alteração comportamental, morrer ou desaparecer durante a observação: reavaliar imediatamente a indicação de vacina/soro antirrábico.
- Ferimentos em **cabeça, face, pescoço, mãos, pés**, profundos, múltiplos ou extensos são exposições de maior risco e podem exigir profilaxia antirrábica mesmo durante observação do animal — conferir protocolo atualizado.
- Antibiótico **não é obrigatório em toda mordedura**; indicar conforme risco de infecção.
- Evitar AINE em DRC, LRA, sangramento/úlcera gastrointestinal, anticoagulação de alto risco ou desidratação importante.
- Febre, secreção purulenta, eritema progressivo, necrose, aumento importante da dor ou limitação funcional exigem reavaliação.

MIÍASE CUTÂNEA INFECTADA / ABSCESSO

VISÃO GERAL

Descrição: infestação de pele ou ferida por larvas de moscas, podendo ocorrer infecção bacteriana secundária e formação de abscesso.

Contexto Clínico: mais comum em feridas abertas, tecido necrótico, higiene prejudicada, diabetes, doença vascular, idosos ou pacientes com dificuldade de autocuidado.

Sinais Clínicos: visualização ou sensação de movimentação de larvas, dor, secreção, odor fétido, edema, eritema e, quando infectada, calor local, pus ou flutuação.

Complicações: celulite, abscesso, necrose tecidual, infecção profunda, sepse e extensão para estruturas adjacentes.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Ivermectina 6 mg _____ **quantidade conforme peso**

Tomar **200 mcg/kg VO, em dose única**, como adjuvante quando indicado.

Exemplo: paciente de 60 kg = 12 mg (2 comprimidos de 6 mg).

2. Cefalexina 500 mg _____ **28 cápsulas**

Tomar 1 cápsula VO de 6/6h por 7 dias, **se infecção bacteriana secundária/celulite associada**.

Uso Local

3. Compressa morna

Aplicar compressa limpa e morna sobre a região por 15–20 minutos, 3–4 vezes ao dia, se houver processo inflamatório/abscesso superficial.

ALTERNATIVAS

- Ivermectina é **adjuvante**; não substitui a retirada mecânica das larvas.
- Abscesso com coleção/flutuação: realizar **incisão e drenagem**, quando indicada.
- Suspeita ou risco de MRSA, falha terapêutica ou infecção extensa: escolher antibiótico conforme protocolo local/atualizado.
- Alergia a cefalosporinas: selecionar alternativa conforme perfil da infecção e protocolo local.
- Gestação: evitar ivermectina de rotina; individualizar e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- **Remover todas as larvas visíveis** e irrigar abundantemente a ferida; realizar debridamento se houver tecido necrótico.
- Ivermectina oral não é tratamento isolado e seu uso em miíase humana possui evidência limitada.
- **Abscesso não deve ser tratado apenas com antibiótico:** drenagem é o tratamento principal quando há coleção.
- Antibiótico não é necessário na miíase sem infecção bacteriana secundária.
- Cefalexina não cobre adequadamente MRSA; considerar epidemiologia e fatores de risco.
- Avaliar vacinação antitetânica conforme tipo de ferida e histórico vacinal.
- Diabetes, imunossupressão, necrose extensa, febre ou sinais sistêmicos aumentam risco de complicações.
- Miíase em olhos, nariz, ouvido, boca/genitais ou com suspeita de invasão profunda exige avaliação especializada.

DERMATOFITOSE CUTÂNEA / MICOSE DE PELE

Tinea corporis, cruris ou pedis

VISÃO GERAL

Descrição: infecção superficial da pele causada principalmente por dermatófitos, podendo acometer tronco, virilha, pés e outras regiões.

Contexto Clínico: comum em ambientes quentes e úmidos, sudorese, roupas oclusivas, academias, contato com animais ou pessoas infectadas e imunossupressão.

Sinais Clínicos: placas eritematosas e descamativas, geralmente pruriginosas, com bordas mais ativas e crescimento centrífugo; nos pés, pode ocorrer maceração interdigital.

Complicações: disseminação, recorrência, infecção bacteriana secundária e formas extensas em imunossuprimidos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico

1. Nitrato de fenticonazol 20 mg/mL solução spray (Fentizol®) _____ 1–2 frascos

Aplicar sobre as lesões e pequena margem ao redor **2 vezes ao dia**, após higienizar e secar bem a região, pelo período indicado conforme localização e resposta clínica.

Uso Oral — se doença extensa/refratária

2. Fluconazol 150 mg _____ 2–6 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO, **1 vez por semana, por 2–6 semanas**, conforme extensão, localização e resposta clínica.

ALTERNATIVAS

- **Terbinafina tópica:** opção preferencial em dermatofitose localizada.
- Clotrimazol, miconazol ou cetoconazol tópico: alternativas conforme disponibilidade.
- Antifúngico oral: reservar para doença extensa, recidivante, imunossupressão ou falha ao tratamento tópico.
- DRC: fluconazol pode exigir ajuste conforme função renal.
- Gestação: evitar fluconazol sistêmico de rotina; preferir tratamento tópico quando possível.

OBSERVAÇÕES

- Micose localizada geralmente **não necessita antifúngico oral**.
- Não utilizar fluconazol por 6 meses para micose de pele comum; esse tempo sugere outro diagnóstico, especialmente onicomicose.
- Se dúvida diagnóstica ou falha terapêutica, considerar exame micológico direto/cultura.
- Fluconazol possui interações medicamentosas importantes; revisar medicações em uso e considerar função hepática/renal.
- Evitar associações de **antifúngico + corticoide tópico** sem indicação definida, pois podem mascarar e agravar dermatofitose.
- Manter região seca e tratar tinea pedis concomitante para reduzir recorrência.
- Não aplicar fenticonazol nos olhos ou mucosas.
- Lesões extensas, recorrentes ou refratárias devem levar à revisão do diagnóstico e investigação de fatores predisponentes.

LOMBALGIA AGUDA / DOR MUSCULOESQUELÉTICA

VISÃO GERAL

Descrição: dor em região lombar ou muscular, geralmente relacionada a distensão, sobrecarga ou espasmo musculoesquelético, sem causa específica identificável.

Contexto Clínico: comum após esforço físico, levantamento de peso, postura inadequada, movimentos repetitivos ou sobrecarga muscular.

Sinais Clínicos: dor localizada, rigidez, limitação por dor, espasmo/contratura muscular e piora aos movimentos ou palpação.

Complicações: limitação funcional, recorrência, cronificação da dor e uso excessivo de analgésicos/opioides.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor.

2. Cetoprofeno 100 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, após alimentação, por até 5 dias, se dor/inflamação.

3. Ciclobenzaprina 10 mg _____ 7 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO à noite, por até 7 dias, **se espasmo/contratura muscular**.

4. Tramadol 50 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 6/6 a 8/8h, **somente se dor intensa e refratária**, pelo menor período possível.

Uso Tópico

5. Diclofenaco dietilamônio 11,6 mg/g aerossol _____ 1 frasco

Aplicar na região dolorosa **3 a 4 vezes ao dia**, por curto período.

Preferir como **alternativa ao AINE oral**, evitando associação rotineira com cetoprofeno.

ALTERNATIVAS

- Se contraindicação a AINE: utilizar analgesia não-AINE e individualizar tratamento.
- Diclofenaco tópico pode substituir o AINE oral em dor musculoesquelética localizada.
- Em idosos: considerar ciclobenzaprina com cautela devido à sedação, tontura e efeitos anticolinérgicos.
- DRC, insuficiência cardíaca, anticoagulação ou doença ulcerosa: evitar/individualizar AINE.
- Gestação: evitar AINEs especialmente após 20 semanas; conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Evitar associação rotineira de **cetoprofeno + diclofenaco**, mesmo tópico, pelo aumento de efeitos adversos relacionados a AINEs.
- Não associar AINEs diferentes.
- Tramadol **não é tratamento de rotina** da lombalgia; reservar para dor intensa refratária e uso curto.
- Evitar, quando possível, **tramadol + ciclobenzaprina**, devido a maior sedação e risco de síndrome serotoninérgica.
- Revisar uso concomitante de antidepressivos serotoninérgicos antes de prescrever tramadol ou ciclobenzaprina.
- Déficit motor, anestesia em sela, retenção/incontinência urinária, febre, trauma importante ou suspeita de câncer/infecção exigem investigação específica.
- Imagem não é necessária de rotina na lombalgia aguda sem sinais de alarme.

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC) – ALTERNATIVO/ FALHA/ FATORES DE RISCO

VISÃO GERAL

Descrição: infecção aguda do parênquima pulmonar adquirida fora do ambiente hospitalar, causada principalmente por agentes bacterianos ou virais.

Contexto Clínico: pode ocorrer em adultos previamente saudáveis, sendo mais frequente ou grave em idosos, tabagistas e pacientes com doenças cardiopulmonares, diabetes, DRC ou imunossupressão.

Sinais Clínicos: febre, tosse, expectoração, dispneia, dor torácica ventilatório-dependente, taquipneia, fadiga e alterações focais à ausculta pulmonar.

Complicações: insuficiência respiratória, derrame pleural/empiema, abscesso pulmonar, sepse e necessidade de internação.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Levofloxacino 500 mg _____ 7 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, por 7 dias, **quando houver indicação para fluoroquinolona.**

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

3. Ibuprofeno 600 mg _____ 9 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, após alimentação, se dor/inflamação, por até 3 dias.

Preferir como alternativa à dipirona, conforme perfil clínico.

4. Acetilcisteína 600 mg granulado _____ 7 sachês

Dissolver 1 sachê em água e tomar VO, 1 vez ao dia, por até 7 dias, **se secreção espessa/dificuldade para expectorar.**

ALTERNATIVAS

- Adulto sem fatores de risco: **amoxicilina** é opção preferencial conforme protocolo local.
- Com fatores de risco/comorbidades: considerar **amoxicilina + clavulanato associada a macrolídeo**, conforme protocolo.
- Levofloxacino pode ser opção em alergia relevante a betalactâmicos ou situações selecionadas.
- DRC: ajustar levofloxacino conforme função renal.
- Gestação: evitar fluoroquinolonas como tratamento habitual; escolher esquema apropriado e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Confirmar diagnóstico clínico e avaliar gravidade antes de iniciar antibiótico.
- Levofloxacino **não deve ser primeira escolha automática** para toda PAC ambulatorial.
- Reavaliar em **48–72 horas** se ausência de melhora ou piora clínica.
- Avaliar necessidade de internação diante de hipoxemia, hipotensão, confusão, taquipneia importante ou incapacidade de ingestão oral.
- Levofloxacino: cautela com **tendinopatia/ruptura de tendão, neuropatia periférica, alterações glicêmicas e prolongamento do QT.**
- Evitar associação desnecessária com outros medicamentos que prolongam QT.
- Acetilcisteína é apenas sintomática e **não substitui antibioticoterapia** quando esta estiver indicada.
- Evitar AINE em DRC/LRA, desidratação, doença ulcerosa, sangramento gastrointestinal ou anticoagulação de alto risco.

FARINGOAMIGDALITE BACTERIANA — TRATAMENTO ALTERNATIVO – LESÃO BOCA

VISÃO GERAL

Descrição: infecção aguda da faringe e amígdalas, frequentemente viral; entre as causas bacterianas, destaca-se o *Streptococcus pyogenes*.

Contexto Clínico: considerar etiologia bacteriana diante de febre, exsudato tonsilar, linfonodos cervicais anteriores dolorosos e ausência de tosse.

Sinais Clínicos: odinofagia, febre, hiperemia de orofaringe, hipertrofia/exsudato tonsilar e adenopatia cervical dolorosa.

Complicações: abscesso peritonsilar, infecção cervical profunda, febre reumática e glomerulonefrite pós-estreptocócica.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Amoxicilina + clavulanato 500 mg + 125 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h por 10 dias, **quando houver falha ao esquema inicial, recorrência ou indicação de cobertura ampliada.**

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

3. Cetoprofeno 100 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, após alimentação, por até 5 dias, se dor/inflamação importante.

Uso Orofaríngeo

4. Isetionato de hexamidina 1 mg/mL + tetracaína 0,5 mg/mL (Hexomedine®) _____ 1 frasco

Aplicar **3 nebulizações na orofaringe a cada 4 horas**, se odinofagia, por no máximo 5 dias.

Não aplicar imediatamente antes das refeições ou ingestão de líquidos.

ALTERNATIVAS

- Faringoamigdalite estreptocócica não complicada: preferir **penicilina ou amoxicilina por 10 dias**, conforme protocolo.
- Penicilina benzatina IM em dose única é opção quando adesão ao tratamento oral for duvidosa.
- Alergia a penicilina: cefalexina, macrolídeo ou clindamicina conforme tipo de alergia e resistência local.
- Anafilaxia prévia a betalactâmicos: evitar cefalosporinas com potencial reação cruzada e conferir protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

- A maioria das faringites em adultos é **viral**; não prescrever antibiótico apenas por hiperemia ou dor de garganta.
- Utilizar **Centor/McIsaac** e teste rápido para estreptococo quando disponível e indicado.
- Amoxicilina/clavulanato **não é primeira escolha de rotina** para *S. pyogenes* não complicado.
- Evitar AINE em DRC/LRA, úlcera ou sangramento gastrointestinal, desidratação importante ou anticoagulação de alto risco.
- Não associar cetoprofeno a outro AINE.
- Hexomedine® pode reduzir temporariamente a sensibilidade oral e o reflexo faríngeo; **evitar uso antes da alimentação.**
- Não utilizar Hexomedine® por mais de **5 dias**.
- Trismo, voz abafada, desvio da úvula, sialorreia ou assimetria importante sugerem **abscesso peritonsilar** e exigem avaliação específica.
- Considerar mononucleose infecciosa em quadro compatível; aminopenicilinas podem provocar exantema nesses pacientes.

CISTITE AGUDA NÃO COMPLICADA

VISÃO GERAL

Descrição: infecção bacteriana aguda da bexiga, geralmente causada por enterobactérias, especialmente *Escherichia coli*.

Contexto Clínico: mais comum em mulheres adultas, sexualmente ativas, sem alterações estruturais do trato urinário ou condições que caracterizem ITU complicada.

Sinais Clínicos: disúria, polaciúria, urgência urinária, dor/pressão suprapúbica e, eventualmente, hematúria. Febre e dor lombar sugerem acometimento alto.

Complicações: recorrência, pielonefrite e, em situações de risco, infecção sistêmica.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral — ESCOLHER UM ANTIBIÓTICO

1. Nitrofurantoína 100 mg _____ 28 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO de 6/6h por **7 dias**.

1. Fosfomicina trometamol 5,631 g

(equivalente a fosfomicina 3 g) _____ **1 sachê**

Dissolver 1 sachê em 50–75 mL de água e tomar VO, **em dose única**, preferencialmente à noite, após urinar e com estômago vazio.

Sintomáticos

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

3. Butilbrometo de escopolamina 10 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se dor abdominal tipo cólica.

ALTERNATIVAS

- Sulfametoxazol + trimetoprima 800/160 mg VO de 12/12h por 3 dias: opção conforme resistência local e contraindicações.
- Recorrência recente ou falha terapêutica: solicitar urocultura e direcionar tratamento pelo antibiograma.
- DRC: avaliar função renal antes de nitrofurantoína; evitar se função renal significativamente reduzida e conferir protocolo atualizado.
- Gestação: tratamento e duração devem ser individualizados; solicitar urocultura e conferir protocolo obstétrico atualizado.

OBSERVAÇÕES

- **Não usar nitrofurantoína ou fosfomicina para pielonefrite**, pois não atingem concentrações adequadas no parênquima renal.
- Febre, calafrios, dor lombar, Giordano positivo, náuseas/vômitos ou repercussão sistêmica sugerem pielonefrite/ITU complicada.
- Em mulher saudável, não gestante e com quadro típico, EAS/urocultura não são obrigatórios de rotina.
- Solicitar urocultura em recorrência, falha terapêutica, gestação, homens ou suspeita de ITU complicada.
- Bacteriúria assintomática geralmente **não deve ser tratada**, exceto em situações específicas, como gestação e antes de determinados procedimentos urológicos.

PIELONEFRITE AGUDA — TRATAMENTO AMBULATORIAL

VISÃO GERAL

Descrição: infecção bacteriana do trato urinário superior, envolvendo pelve e parênquima renal, geralmente decorrente da ascensão de bactérias da bexiga.

Contexto Clínico: mais comum em mulheres, podendo ocorrer após quadro de cistite. Litíase, obstrução urinária, diabetes e alterações urológicas aumentam o risco de complicações.

Sinais Clínicos: febre, calafrios, dor lombar ou em flanco, Giordano positivo, náuseas/vômitos, podendo haver disúria, polaciúria e urgência urinária.

Complicações: sepse, abscesso renal, obstrução infectada, lesão renal aguda e recorrência da infecção.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Ciprofloxacino 500 mg _____ 14 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h por 7 dias, **quando houver indicação para fluoroquinolona e conforme resistência local/urocultura.**

2. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

3. Butilbrometo de escopolamina 10 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se dor tipo cólica.

ALTERNATIVAS

- Se resistência local às fluoroquinolonas for elevada ou desconhecida: considerar **dose inicial de antimicrobiano parenteral de longa ação**, conforme protocolo local.
- Cefalosporina oral pode ser alternativa em pacientes selecionados, conforme sensibilidade.
- Sulfametoxazol + trimetoprima: utilizar preferencialmente quando houver urocultura demonstrando sensibilidade.
- DRC: ajustar ciprofloxacino conforme função renal.
- Gestação: evitar fluoroquinolonas como esquema habitual; tratamento deve seguir protocolo obstétrico atualizado.

OBSERVAÇÕES

- Solicitar **EAS e urocultura com antibiograma em todos os casos**, preferencialmente antes da primeira dose do antibiótico.
- Ajustar o antimicrobiano após resultado da cultura.
- Ciprofloxacino 500 mg de 12/12h por **7 dias** é esquema possível para tratamento ambulatorial em pacientes selecionados.
- Uso empírico de ciprofloxacino depende do **perfil de resistência local**; diretrizes internacionais utilizam como referência resistência às fluoroquinolonas <10%.
- Reavaliar em **48–72 horas**.
- Nitrofurantoína e fosfomicina oral **não devem ser usadas para pielonefrite**, pois não atingem concentração adequada no parênquima renal.
- Vômitos persistentes, instabilidade hemodinâmica, sepse, incapacidade de ingerir medicação ou dor refratária afastam manejo ambulatorial simples.
- Suspeita de cáculo/obstrução, piora da função renal ou ausência de melhora exige investigação por imagem.
- Ciprofloxacino: atenção para tendinopatia/ruptura tendínea, neuropatia periférica, alterações glicêmicas e prolongamento do QT.

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

VISÃO GERAL

Descrição: aumento benigno da próstata associado a sintomas do trato urinário inferior e possível obstrução da saída vesical.

Contexto Clínico: comum em homens a partir dos 50 anos, com prevalência crescente com a idade. Finasterida é mais útil quando há aumento significativo do volume prostático.

Sinais Clínicos: jato urinário fraco, hesitação, esforço miccional, gotejamento terminal, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência e noctúria.

Complicações: retenção urinária aguda, ITU recorrente, hematúria, cálculos vesicais, hidronefrose e comprometimento renal por obstrução prolongada.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Doxazosina 2 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO à noite, diariamente, uso contínuo.

Se início de tratamento: considerar 1 mg/dia inicialmente e titular para 2 mg após 1–2 semanas conforme tolerância e resposta.

2. Finasterida 5 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, uso contínuo.

ALTERNATIVAS

- **Tansulosina 0,4 mg VO 1x/dia:** alternativa à doxazosina, principalmente quando se deseja menor efeito sobre a pressão arterial.
- **Dutasterida 0,5 mg VO 1x/dia:** alternativa à finasterida em pacientes com próstata aumentada.
- **α-bloqueador isolado:** opção para sintomas moderados/importantes sem aumento prostático relevante ou baixo risco de progressão.
- Finasterida/dutasterida são mais indicadas quando há **próstata aumentada**, especialmente volume >40 mL.
- Tadalafil 5 mg/dia pode ser considerado em pacientes com LUTS associados à disfunção erétil, se não houver contraindicações.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Doxazosina pode causar **hipotensão postural, tontura e síncope**, principalmente no início ou após aumento da dose.
- Medir PA e orientar levantar-se lentamente, especialmente em idosos ou pacientes em uso de outros anti-hipertensivos.
- Se interromper doxazosina por vários dias, considerar reiniciar com dose baixa e nova titulação.
- Finasterida tem **início de ação lento**; benefício clínico mais evidente após meses de tratamento.
- Finasterida pode causar redução da libido, disfunção erétil e alterações ejaculatórias.
- Finasterida reduz o **PSA em aproximadamente 50% após 6–12 meses**; considerar esse efeito na interpretação do exame.
- Avaliar antes do tratamento: história clínica, toque retal, urinálise, PSA quando indicado, função renal e resíduo pós-miccional conforme disponibilidade.
- Hematúria persistente, retenção urinária, ITU recorrente, insuficiência renal ou suspeita de neoplasia exigem investigação urológica.
- Informar uso de α-bloqueadores ao oftalmologista antes de cirurgia de catarata.

HORDÉOLO / CALÁZIO

VISÃO GERAL

Descrição: hordéolo é inflamação/infeção aguda de glândula palpebral; calázio é obstrução inflamatória crônica da glândula de Meibômio, geralmente não infecciosa.

Contexto Clínico: comum em pacientes com blefarite, disfunção das glândulas de Meibômio, rosácea, manipulação frequente dos olhos ou episódios recorrentes.

Sinais Clínicos: nódulo palpebral localizado. Hordéolo costuma ser doloroso, hiperemiado e sensível; calázio evolui para nódulo firme, geralmente indolor.

Complicações: celulite pré-septal, recorrência, deformidade palpebral e, em lesões grandes, alteração visual por compressão corneana.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oftálmico

1. Tobramicina 0,3% pomada oftálmica _____ 1 tubo

Aplicar aproximadamente 1 cm da pomada no saco conjuntival inferior do olho afetado, **2 a 3 vezes ao dia**, por curto período, **somente se houver secreção, blefarite ou infecção bacteriana associada.**

2. Compressa morna

Aplicar sobre a pálpebra fechada por **10–15 minutos, 3–5 vezes ao dia.**

Após a compressa, realizar massagem palpebral suave em direção à margem dos cílios.

ALTERNATIVAS

- Hordéolo simples sem secreção/blefarite: compressa morna isolada geralmente é suficiente.
- Calázio: antibiótico tópico **não é tratamento de rotina**, pois geralmente não há infecção bacteriana.
- Lesão persistente por várias semanas, volumosa ou com repercussão visual: considerar avaliação oftalmológica para incisão/curetagem ou corticoide intralesional.
- Celulite pré-septal associada: considerar antibiótico sistêmico conforme quadro e protocolo atualizado.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Compressa morna é a **principal medida terapêutica.**
- Não espremer, perfurar ou tentar drenar a lesão em casa.
- Tobramicina não deve ser prescrita automaticamente para todo calázio.
- A pomada de tobramicina 0,3% pode ser utilizada 2–3x/dia em infecções oftálmicas externas leves/moderadas.
- Evitar lentes de contato e maquiagem ocular enquanto houver inflamação ativa.
- Dor ocular intensa, redução visual, proptose, limitação da motilidade ocular ou edema difuso importante exigem investigação de complicações.
- Calázio recorrente, atípico ou persistente no mesmo local deve ser avaliado por oftalmologista para excluir outras lesões palpebrais.
- Corticoide oftálmico não deve ser iniciado rotineiramente sem avaliação oftalmológica.

HIPOCALEMIA LEVE

VISÃO GERAL

Descrição: redução do potássio sérico, considerada leve quando aproximadamente **K⁺ 3,0–3,5 mEq/L**, geralmente sem manifestações clínicas importantes.

Contexto Clínico: comum após vômitos, diarreia, uso de diuréticos/laxantes, baixa ingestão, perdas renais ou associação com hipomagnesemia.

Sinais Clínicos: frequentemente assintomática; pode cursar com fraqueza, fadiga, câimbras, constipação ou palpitações.

Complicações: arritmias, fraqueza muscular importante e piora do risco cardiovascular, especialmente em cardiopatas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Cloreto de potássio 600 mg, liberação prolongada (Slow-K®) _____ 12 comprimidos

Tomar **2 comprimidos VO de 8/8h por 2 dias**, durante ou após as refeições.

Após, suspender e realizar **nova dosagem de potássio sérico** para reavaliação.

ALTERNATIVAS

- Cloreto de potássio em solução oral: opção quando houver dificuldade para deglutir comprimidos; calcular a dose em **mEq**, conforme concentração da apresentação.
- Reposição oral usual: aproximadamente **40–100 mEq/dia**, individualizada conforme valor do K⁺, causa e perdas em curso.
- DRC ou redução da função renal: reduzir/individualizar reposição e monitorar potássio rigorosamente.
- Hipomagnesemia associada: corrigir magnésio concomitantemente.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Confirmar **potássio sérico e função renal** antes da reposição.
- Investigar e corrigir a causa: diuréticos, vômitos, diarreia, laxantes, perdas renais etc.
- Dosar **magnésio**, pois hipomagnesemia pode dificultar a correção do potássio.
- Slow-K® deve ser **ingerido inteiro; não triturar, mastigar ou chupar**. Administrar durante ou após alimentação.
- Cautela com IECA, BRA, espironolactona/outras poupadoras de potássio e DRC pelo risco de hipercalemia.
- K⁺ <3,0 mEq/L, sintomas importantes, alterações no ECG, arritmia ou cardiopatia relevante exigem avaliação mais cuidadosa; hipocalemia grave geralmente não deve ser manejada como simples reposição domiciliar.
- Reposição excessiva pode causar **hipercalemia potencialmente grave**; não manter suplementação sem controle laboratorial.

DOENÇA HEMORROIDÁRIA — CRISE AGUDA

VISÃO GERAL

Descrição: doença caracterizada pela dilatação e deslocamento dos coxins hemorroidários, podendo cursar com dor, sangramento, prurido, edema ou prolapso.

Contexto Clínico: comum em pacientes com constipação, esforço evacuatório, gestação, obesidade, sedentarismo ou aumento da pressão intra-abdominal.

Sinais Clínicos: sangramento vermelho vivo, dor ou desconforto anal, prurido, edema, prolapso e sensação de massa perianal.

Complicações: trombose hemorroidária, prolapso encarcerado, sangramento recorrente e anemia em casos selecionados.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 1 caixa

Tomar 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor leve ou febre.

2. Cetoprofeno 100 mg _____ 15 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO de 12/12h por 5 dias.

3. Diosmina + hesperidina 1 g _____ 1 caixa

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h por 3 dias.

Após, tomar 1 comprimido VO de 12/12h por 3 dias.

Após, tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, até consulta com coloproctologia.

Uso Tópico / Retal

4. Policresuleno + cloridrato de cinchocaína pomada proctológica _____ 1 caixa

Aplicar aproximadamente 2 cm de pomada na região afetada, massageando suavemente o local, 3 vezes ao dia.

ALTERNATIVAS

- Contraindicação a AINE: manter analgesia com dipirona ou considerar paracetamol.
- DRC, doença ulcerosa, sangramento gastrointestinal ou anticoagulação: evitar/individualizar cetoprofeno.
- Gestação: evitar AINEs especialmente após 20 semanas; individualizar tratamento.
- Dor intensa associada a nódulo perianal endurecido/azulado: considerar trombose hemorroidária e avaliação proctológica.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Não atribuir todo sangramento anal automaticamente à doença hemorroidária.
- Evitar associação de cetoprofeno com outros AINEs.
- Cetoprofeno deve ser usado com cautela em DRC, doença ulcerosa, anticoagulação ou risco de sangramento.
- A pomada proctológica pode ser utilizada para alívio de dor, ardor e desconforto local.
- Dor muito intensa, nódulo perianal doloroso ou aumento súbito do volume local sugerem trombose hemorroidária.
- Febre, secreção purulenta, dor pulsátil ou flutuação sugerem abscesso perianal.
- Sangramento persistente, anemia, perda ponderal ou alteração do hábito intestinal exigem investigação complementar.
- Persistência ou recorrência frequente dos sintomas: encaminhar para avaliação com coloproctologia.

NÁUSEAS E VÔMITOS DA GESTAÇÃO / TONTURA

VISÃO GERAL

Descrição: náuseas e vômitos são muito frequentes na gestação, principalmente no primeiro trimestre, podendo estar associados a tontura, redução da ingestão alimentar e mal-estar.

Contexto Clínico: geralmente inicia nas primeiras semanas de gestação e apresenta melhora progressiva após o primeiro trimestre. Tontura também pode ocorrer por hipotensão, hipoglicemia, anemia ou desidratação.

Sinais Clínicos: náuseas, vômitos, inapetência, tontura, fraqueza e intolerância a determinados alimentos ou odores.

Complicações: desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, perda ponderal, cetose e hiperêmese gravídica nos casos graves.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dimenidrinato 50 mg + piridoxina 10 mg (Dramin B6®) _____ 1 caixa

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se náusea, vômito ou tontura.

2. Paracetamol 750 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 6/6h, se dor.

Máximo: **3 g/dia** neste esquema.

3. Metoclopramida 10 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se náuseas ou vômitos, por curto período.

ALTERNATIVAS

- Piridoxina isolada pode ser utilizada em quadros leves, conforme protocolo obstétrico.
- Ondansetrona pode ser considerada em casos selecionados/refratários, avaliando idade gestacional e risco-benefício.
- Vômitos persistentes com incapacidade de hidratação oral podem necessitar antiemético e hidratação por via EV.
- Hiperêmese gravídica: manejo específico e avaliação hospitalar conforme gravidade.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Dramin B6® pode causar **sonolência e tontura**; orientar cautela ao dirigir ou operar máquinas.
- Metoclopramida pode causar **acatisia, distonia e outros sintomas extrapiramidais**; suspender e reavaliar se ocorrerem.
- Evitar uso simultâneo desnecessário de múltiplos antieméticos; escalonar conforme resposta clínica.
- Avaliar PA, hidratação e glicemia diante de tontura importante ou recorrente.
- Considerar hemograma se houver suspeita de anemia.
- Vômitos intensos ou persistentes exigem avaliação de eletrólitos, função renal e outras causas conforme quadro.
- Perda >5% do peso pré-gestacional, desidratação ou incapacidade de manter líquidos sugerem **hiperêmese gravídica**.
- Tontura associada a síncope, sangramento vaginal, dor abdominal importante, cefaleia intensa ou alteração neurológica não deve ser atribuída automaticamente à gestação.

CRISE AGUDA DE GOTA / ARTRITE GOTOSA

VISÃO GERAL

Descrição: artrite inflamatória causada pela deposição de cristais de urato monossódico nas articulações, associada à hiperuricemia.

Contexto Clínico: mais comum em homens, obesidade, síndrome metabólica, DRC, uso de diuréticos, consumo de álcool e dieta rica em purinas.

Sinais Clínicos: início súbito de dor articular intensa, edema, calor, eritema e hipersensibilidade, frequentemente acometendo a 1ª metatarsofalângica (podagra), tornozelo ou joelho.

Complicações: crises recorrentes, artrite gotosa crônica, tofos, deformidade articular, nefrolitíase e comprometimento renal.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Colchicina 0,5 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 2 comprimidos VO (**1 mg**) no início da crise e, após 1 hora, tomar mais 1 comprimido (**0,5 mg**). Após, se necessário, manter 1 comprimido VO de 12/12h por curto período, até controle da crise.

2. Cetoprofeno 100 mg _____ 14 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, após alimentação, por até 7 dias.

3. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor.

Controle da Hiperuricemia

4. Alopurinol 100 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO, 1 vez ao dia, uso contínuo, **quando houver indicação de terapia urato-redutora**. Titular posteriormente conforme ácido úrico, função renal e resposta clínica.

ALTERNATIVAS

- Contraindicação a colchicina/AINE: considerar corticosteroide oral ou intra-articular conforme avaliação.
- Alopurinol é especialmente indicado em gota recorrente, presença de tofos, dano articular ou outras situações de maior risco.
- Se já utiliza alopurinol regularmente, **não suspender durante a crise**.

OBSERVAÇÕES

- Iniciar tratamento da crise preferencialmente **nas primeiras 24 horas**.
- Suspender/reavaliar colchicina se ocorrer diarreia importante, vômitos, fraqueza muscular ou sinais de toxicidade.
- Cautela com colchicina em DRC/doença hepática e com medicamentos que inibem CYP3A4/P-gp, como claritromicina.
- Evitar cetoprofeno em DRC/LRA, úlcera ou sangramento gastrointestinal, anticoagulação de alto risco e desidratação importante.
- Meta habitual do tratamento crônico: **ácido úrico <6 mg/dL**.
- Ácido úrico pode estar normal durante uma crise; resultado normal não exclui gota.
- Primeira monoartrite intensa, febre ou dúvida diagnóstica: considerar artrite séptica e, quando indicado, análise do líquido sinovial.
- Evitar tratar hiperuricemia assintomática automaticamente com alopurinol sem indicação clínica.

GONORREIA E CLAMÍDIA — INFECÇÃO NÃO COMPLICADA

VISÃO GERAL

Descrição: infecções sexualmente transmissíveis causadas por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, frequentemente associadas e podendo ser assintomáticas.

Contexto Clínico: considerar em pacientes com corrimento uretral/cervical, disúria, exposição sexual de risco, cervicite ou uretrite sem agente definido.

Sinais Clínicos: corrimento uretral ou cervical, disúria, prurido uretral, dor pélvica, sangramento pós-coito e desconforto genital. Muitos casos são assintomáticos.

Complicações: doença inflamatória pélvica, infertilidade, gravidez ectópica, epididimite, prostatite e infecção gonocócica disseminada.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso IM

1. Ceftriaxona 500 mg _____ 1 frasco-ampola

Administrar **500 mg IM, em dose única**, profundamente.

Uso Oral

2. Azitromicina 500 mg _____ 2 comprimidos

Tomar **2 comprimidos VO juntos, em dose única**.

Dose total: **1 g**.

ALTERNATIVAS

- **Clamídia isolada:** azitromicina 1 g VO, dose única, OU doxiciclina 100 mg VO de 12/12h por 7 dias.
- Gestação: **não utilizar doxiciclina**; preferir esquema apropriado conforme protocolo atualizado.
- Alergia grave a cefalosporinas: tratamento deve ser individualizado conforme protocolo atualizado.
- Suspeita de falha terapêutica ou reinfecção: coletar testes/cultura quando disponíveis e revisar tratamento das parcerias.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- O esquema ceftriaxona + azitromicina é indicado para **gonorreia não complicada de uretra, colo uterino, reto e faringe**, conforme protocolo brasileiro.
- Sempre que disponível, coletar teste molecular/cultura antes do tratamento, sem atrasar terapia quando houver indicação clínica.
- Oferecer testagem para **HIV, sífilis e hepatites B e C**.
- Avaliar vacinação para hepatite B e HPV conforme indicação.
- As **parcerias sexuais devem ser avaliadas e tratadas**, mesmo se assintomáticas.
- Orientar abstinência de relações sexuais desprotegidas até que ambos completem o tratamento — após dose única, considerar **7 dias**.
- Reavaliar se persistirem sintomas após 7 dias.
- Persistência pode indicar reinfecção, adesão inadequada, resistência antimicrobiana ou outro agente etiológico.
- Dor pélvica importante, febre ou dor à mobilização do colo uterino sugerem DIP e exigem esquema específico.
- Dor testicular/epididimária importante exige avaliação para epididimite e tratamento específico.

FURÚNCULO / ABSCESSO CUTÂNEO

VISÃO GERAL

Descrição: infecção profunda do folículo piloso, geralmente causada por *Staphylococcus aureus*, podendo evoluir com formação de coleção purulenta.

Contexto Clínico: comum em áreas de atrito, sudorese ou pelos, especialmente em pacientes com diabetes, obesidade, imunossupressão ou episódios recorrentes.

Sinais Clínicos: nódulo eritematoso, quente e doloroso, podendo apresentar pústula central, flutuação e drenagem espontânea de secreção purulenta.

Complicações: abscesso, celulite, recorrência, bacteremia e disseminação da infecção em pacientes de risco.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 6/6h, se dor ou febre.

2. Ibuprofeno 600 mg _____ 9 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, após alimentação, por até 3 dias, se dor/inflamação.

3. Cefalexina 500 mg _____ 28 cápsulas

Tomar 1 cápsula VO de 6/6h por 7 dias, **quando houver celulite associada, sinais sistêmicos ou indicação clínica de antibioticoterapia.**

ALTERNATIVAS

- Furúnculo pequeno, sem celulite ou sinais sistêmicos: compressa morna pode favorecer drenagem espontânea; antibiótico sistêmico geralmente não é necessário.
- Abscesso ou furúnculo grande/flutuante: realizar **incisão e drenagem** quando indicada.
- Suspeita de MRSA, recorrência ou falha terapêutica: coletar cultura quando possível e escolher antimicrobiano conforme protocolo local.
- Alergia a cefalosporinas: selecionar alternativa conforme agente provável e perfil de resistência.
- DRC: evitar/individualizar ibuprofeno e ajustar cefalexina conforme função renal.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- **Drenagem é o tratamento principal quando houver coleção purulenta.**
- Não tentar espremer ou perfurar a lesão fora de condições adequadas.
- Cefalexina não deve ser utilizada automaticamente em todo furúnculo pequeno e localizado.
- Cefalexina apresenta cobertura para MSSA/estreptococos, mas **não é opção confiável para MRSA.**
- Considerar cultura em abscessos recorrentes, graves, múltiplos ou com falha terapêutica.
- Evitar ibuprofeno em DRC/LRA, úlcera ou sangramento gastrointestinal, desidratação ou anticoagulação de alto risco.
- Febre, progressão rápida do eritema, dor desproporcional, necrose ou repercussão sistêmica exigem reavaliação.
- Furunculose recorrente deve levantar investigação de diabetes, colonização por *S. aureus* e outras condições predisponentes.

FARINGOAMIGDALITE BACTERIANA / ESTREPTOCÓCICA / FARINGITE

VISÃO GERAL

Descrição: infecção aguda da faringe e amígdalas, principalmente por *Streptococcus pyogenes*, caracterizada por odinofagia e inflamação tonsilar.

Contexto Clínico: considerar diante de febre, exsudato tonsilar, linfonodos cervicais anteriores dolorosos e ausência de tosse.

Sinais Clínicos: odinofagia, febre, hiperemia de orofaringe, aumento/exsudato tonsilar e adenopatia cervical dolorosa.

Complicações: abscesso peritonsilar, febre reumática, glomerulonefrite pós-estreptocócica e infecções cervicais profundas.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso IM — ESCOLHER UM ESQUEMA ANTIBIÓTICO

1. Penicilina benzatina 1.200.000 UI _____ 1 frasco-ampola

Administrar 1.200.000 UI IM profunda, **em dose única**.

OU Uso Oral

1. Amoxicilina + clavulanato 500 mg + 125 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h por 10 dias, **quando houver indicação de cobertura ampliada, recorrência ou falha terapêutica**.

Sintomáticos

2. Nimesulida 100 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, após alimentação, por até 5 dias.

3. Dipirona 500 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 1 a 2 comprimidos VO de 6/6h, se dor ou febre.

ALTERNATIVAS

- **Amoxicilina 500 mg VO de 12/12h por 10 dias:** opção oral preferencial para faringoamigdalite estreptocócica não complicada.
- Penicilina benzatina: especialmente útil quando houver dúvida sobre adesão ao tratamento oral.
- Alergia não anafilática à penicilina: considerar cefalosporina conforme protocolo.
- Alergia imediata/anafilaxia a betalactâmicos: considerar macrolídeo ou clindamicina conforme resistência local.
- Amoxicilina/clavulanato não oferece vantagem rotineira sobre amoxicilina na infecção estreptocócica simples.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- **Não associar penicilina benzatina + amoxicilina/clavulanato de rotina.** Escolher um esquema.
- A maioria das faringites é viral; evitar antibiótico quando quadro clínico não sugerir etiologia bacteriana.
- Utilizar critérios de **Centor/McIsaac** e teste rápido para estreptococo quando disponível.
- Considerar mononucleose infecciosa em quadro compatível; aminopenicilinas podem desencadear exantema.
- Nimesulida: evitar em hepatopatia e utilizar pelo menor período possível.
- Não associar nimesulida a outros AINEs.
- Trismo, voz abafada, desvio da úvula, sialorreia ou assimetria tonsilar importante sugerem abscesso peritonsilar.
- Falha clínica após 48–72h exige reavaliação diagnóstica e terapêutica.

ESPOROTRICOSE CUTÂNEA / LINFOCUTÂNEA

VISÃO GERAL

Descrição: micose de implantação causada por fungos do gênero *Sporothrix*, adquirida principalmente por inoculação traumática ou contato com animais infectados.

Contexto Clínico: comum após arranhadura ou mordedura de gato, contato com solo, plantas ou matéria orgânica contaminada.

Sinais Clínicos: pápula ou nódulo que pode evoluir para úlcera de cicatrização lenta, frequentemente com novos nódulos seguindo trajeto linfático.

Complicações: disseminação cutânea, infecção bacteriana secundária e acometimento osteoarticular, pulmonar, ocular ou sistêmico.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral

1. Itraconazol 100 mg _____ uso contínuo

Tomar 1 cápsula VO de 12/12h até cura clínica.

2. Prednisona 20 mg _____ 14 comprimidos

Tomar 2 comprimidos VO pela manhã, por 7 dias.

3. Amoxicilina + clavulanato 500 mg + 125 mg _____ 21 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h por 7 dias.

Uso Tópico

4. Mupirocina 2% pomada _____ 1 tubo

Aplicar fina camada sobre a região afetada de 8/8h por 10 dias ou até melhora clínica.

ALTERNATIVAS

- Terbinafina: alternativa ao itraconazol em situações selecionadas; conferir protocolo atualizado.
- Formas graves, disseminadas ou extracutâneas: considerar tratamento sistêmico específico e avaliação especializada.
- Gestação: itraconazol deve ser evitado de rotina; individualizar conforme protocolo atualizado.
- Imunossuprimidos: tratamento pode exigir maior duração e acompanhamento especializado.

OBSERVAÇÕES

⚠ ATENÇÃO

- Itraconazol é o **tratamento antifúngico principal** da esporotricose cutânea/linfocutânea.
- Manter tratamento até resolução clínica adequada; frequentemente é necessário tratamento prolongado.
- Prednisona deve ser usada apenas quando houver **indicação clínica específica**, considerando que corticoide pode agravar infecções fúngicas se usado inadequadamente.
- Amoxicilina/clavulanato e mupirocina atuam sobre **infecção bacteriana associada**, não sobre o *Sporothrix*.
- Considerar cultura micológica para confirmação diagnóstica, principalmente em apresentação atípica ou falha terapêutica.
- Avaliar função hepática em tratamento prolongado com itraconazol.
- Revisar interações medicamentosas antes de iniciar itraconazol.
- IBP, bloqueadores H2 e antiácidos podem reduzir a absorção do itraconazol em cápsulas.
- Acometimento ocular, osteoarticular, pulmonar, neurológico ou disseminado exige avaliação especializada.
- Esporotricose humana deve seguir as normas vigentes de notificação epidemiológica.

ESCABIOSE / SARNA

VISÃO GERAL

Descrição: infestação cutânea causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, altamente transmissível por contato próximo e prolongado.

Contexto Clínico: comum em domicílios, instituições, alojamentos e situações de contato íntimo. Frequentemente acomete vários membros da mesma residência.

Sinais Clínicos: prurido intenso, principalmente noturno, pápulas, escoriações e túneis cutâneos; predomínio em punhos, espaços interdigitais, axilas, cintura, genitais e nádegas.

Complicações: infecção bacteriana secundária, impetiginização, eczema e escabiose crostosa em imunossuprimidos.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Tópico

1. Permetrina 5% loção ou creme _____ 1 frasco/tubo

Aplicar à noite em todo o corpo, **do pescoço para baixo**, incluindo pregas, espaços interdigitais, umbigo, região genital e sob as unhas.

Deixar agir por **8–14 horas** e retirar no banho pela manhã.

Repetir o tratamento após 7 dias.

Uso Oral — quando indicado

2. Ivermectina 6 mg _____ quantidade conforme peso

Tomar **200 mcg/kg VO, em dose única**, e repetir a mesma dose após **7–10 dias**.

Referência prática para comprimidos de 6 mg:

25–35 kg: 1 comprimido | 36–50 kg: 1½ comprimido | 51–65 kg: 2 comprimidos | 66–79 kg: 2½ comprimidos | ≥80 kg: calcular 200 mcg/kg.

ALTERNATIVAS

- Escabiose clássica: permetrina 5% tópica geralmente é suficiente como primeira opção.
- Ivermectina oral: útil quando tratamento tópico é impraticável, em surtos, doença extensa ou falha terapêutica.
- Escabiose crostosa: geralmente requer **associação de ivermectina + permetrina em esquema intensificado**; conferir protocolo atualizado.
- Gravidez e lactação: evitar ivermectina de rotina; preferir tratamento tópico conforme protocolo.

OBSERVAÇÕES

- Tratar **simultaneamente os contactantes domiciliares/íntimos**, mesmo que assintomáticos, conforme avaliação epidemiológica.
- Roupas, toalhas e roupas de cama usadas recentemente devem ser lavadas em água quente/seca em temperatura elevada ou isoladas em saco fechado por período adequado.
- Não é necessário aplicar inseticida no ambiente.
- O prurido pode persistir por **2–4 semanas após tratamento eficaz** e não significa necessariamente falha terapêutica.
- Reaparecimento de novas lesões/túneis sugere reinfestação, aplicação inadequada ou falha terapêutica.
- Corticoide tópico não deve substituir o tratamento escabicide.
- Pústulas, crostas melicéricas ou sinais de celulite sugerem infecção bacteriana secundária e exigem tratamento específico.
- Escabiose crostosa é altamente contagiosa e requer abordagem específica.

ENXAQUECA — TRATAMENTO DA CRISE E PROFILAXIA

VISÃO GERAL

Descrição: cefaleia primária recorrente, geralmente pulsátil, de moderada a forte intensidade, podendo ocorrer com ou sem aura.

Contexto Clínico: mais comum em adultos jovens, especialmente mulheres, podendo ser precipitada por privação de sono, estresse, jejum, alterações hormonais e outros gatilhos individuais.

Sinais Clínicos: cefaleia unilateral ou bilateral, pulsátil, piora com atividade física, náuseas/vômitos, fotofobia, fonofobia e, em alguns pacientes, aura neurológica transitória.

Complicações: cronificação da enxaqueca, abuso de analgésicos, incapacidade funcional e estado migranoso.

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL / DOMICILIAR

Uso Oral — Crise Aguda

1. Sumatriptano 50 mg _____ 1 caixa

Tomar 1 comprimido VO ao início da crise.

Se houver melhora inicial e os sintomas retornarem, repetir 1 comprimido após pelo menos 2 horas.

Máximo: 200 mg em 24 horas.

2. Naproxeno 500 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO no início da crise ou de 12/12h, se necessário, por curto período.

3. Metoclopramida 10 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 8/8h, se náuseas ou vômitos, por curto período.

Profilaxia

4. Propranolol 40 mg _____ 60 comprimidos

Tomar 1 comprimido VO de 12/12h, uso contínuo.

Reavaliar resposta e tolerância após algumas semanas.

ALTERNATIVAS

- Sumatriptano + naproxeno podem ser associados na crise moderada/intensa ou quando resposta isolada ao triptano for insuficiente.
- Profilaxia: topiramato, amitriptilina ou outras opções podem ser consideradas conforme perfil clínico e contraindicações.
- Asma/broncospasmo, bradicardia ou bloqueio cardíaco: evitar propranolol.

OBSERVAÇÕES

- Sumatriptano é para **tratamento da crise**, não para profilaxia.
- Se não houver nenhuma resposta à primeira dose de sumatriptano, **não repetir na mesma crise**.
- Evitar sumatriptano em doença arterial coronariana, AVC/AIT prévio, doença vascular periférica ou hipertensão não controlada.
- Propranolol pode causar bradicardia, hipotensão, fadiga e broncoespasmo; monitorar FC e PA.
- Considerar profilaxia quando as crises forem frequentes, incapacitantes ou houver uso excessivo de medicação para crise.
- Cefaleia súbita e explosiva, déficit neurológico persistente, febre/rigidez de nuca ou mudança importante do padrão habitual exige investigação de causa secundária.