



PACK Brasil Adulto

Practical Approach to Care Kit
Kit de Cuidados em Atenção Primária



**A HORA
É AGORA**



Errata

2025

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 70



Sífilis: diagnóstico

• Episódio de sexo desprotegido/IST
• Parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis/IST
• Úlcera anogenital/sinais de sífilis secundária¹ ou linfadenopatia sem causa determinada

Teste para sífilis se

- Idade ≤ 30 anos e último teste há > 1 ano
- Uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias sexuais ou troca sexo por favores/dinheiro ou vive com HIV ou privação de liberdade e último teste há > 6 meses
- Planejando engravidar ou gestante (1ª consulta, 14-26 e > 28 semanas)
- Puérpera se teste não realizado na gestação/parto
- História recente de abortamento espontâneo/natimorto
- Outros sintomas suspeitos (ex: demência)

• Avale antes de testar: se úlcera genital sem vesículas, trate sífilis recente/cancroide → 69; se teve parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis, trate como sífilis recente → 71. Então teste².

• Decida qual teste fazer: avale se tem história conhecida de sífilis e se tem teste rápido para sífilis está disponível:

Tem história conhecida de sífilis ou teste rápido não disponível: **solicite teste não treponêmico (VDRL ou RPR)**

Não tem história conhecida de sífilis e teste rápido disponível: **faça teste rápido (teste treponêmico)**

VDRL ou RPR não reagente

VDRL/RPR reagente³: faça teste rápido ou, se não disponível, solicite teste treponêmico laboratorial⁴

Treponêmico não reagente

Treponêmico reagente

Solicite/avale outro teste treponêmico⁵

Reagente: trate como **sífilis recente → 71** e então solicite VDRL ou RPR (não treponêmico):

Não reagente

Reagente

Não reagente

Solicite/avale outro teste treponêmico⁵

Reagente

Não reagente: **falso positivo do teste rápido**

Teste negativo para sífilis se úlcera anogenital/parceria últimos 3 meses com sífilis/episódio de sexo desprotegido/IST, teste: após 1 mês. Se não, verifique quando repetir rastreio (vide quadro acima).

Teste negativo para sífilis: se úlcera anogenital/parceria últimos 3 meses com sífilis/episódio de sexo desprotegido/IST, teste: após 1 mês. Se não, verifique quando repetir rastreio (vide quadro acima).

Diagnóstico sífilis: trate → 71.

¹Ocorrência entre 6 semanas à 6 meses após úlcera-rash generalizado (principalmente palmas e plantas), lesão oral, lesão vegetante (em especial em genitais), perda irregular de cabelo, sintomas gerais (mal-estar, febre, cansaço). ²Se possível e sem atrasar tratamento, colete VDRL/RPR antes no dia que inicia tratamento. Verifique resultado e avale para decidir se trata para sífilis tardia. ³Confira se laboratório já fez automaticamente o teste treponêmico na mesma amostra. ⁴Como FT-Abs, TPHA, ELISA, CMIA. ⁵Outro teste treponêmico de metodologia diferente do primeiro. Confira se laboratório já fez automaticamente esse outro teste na mesma amostra. ⁶Compare VDRL com VDRL ou RPR com RPR. Se não for possível, discuta para interpretar. ⁷Considere cicatriz sorológica se VDRL/RPR reagente com baixa titulação (se ≥ 1:16, teste HIV → 12 e discussa) após resposta adequada ao tratamento: VDRL/RPR pós-tratamento (6 meses após tratar sífilis recente ou 12 meses após tratar sífilis tardia) pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que o do diagnóstico (ex: VDRL/RPR do diagnóstico 1:16 e após tratamento 1:4 ou de 1:32 para 1:8).

70

Se não tem história de sífilis e teste treponêmico reagente, a orientação direcional para tratar como sífilis recente (**'trate como sífilis recente'**).

Rodapés incorretos:
3 - Confira se laboratório já fez automaticamente o teste treponêmico na mesma amostra.
4 - Como FT-Abs, TPHA, ELISA, CMIA.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 70

Sífilis: diagnóstico

• Episódio de sexo desprotegido/IST
• Parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis/IST
• Úlcera anogenital/sinais de sífilis secundária¹ ou linfadenopatia sem causa determinada

Teste para sífilis se

- Idade ≤ 30 anos e último teste há > 1 ano
- Uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias sexuais ou troca sexo por favores/dinheiro ou vive com HIV ou privação de liberdade e último teste há > 6 meses
- Planejando engravidar ou gestante (1ª consulta, 14-26 e > 28 semanas)
- Puérpera se teste não realizado na gestação/parto
- História recente de abortamento espontâneo/natimorto
- Outros sintomas suspeitos (ex: demência)

• Avale antes de testar: se úlcera genital sem vesículas, trate sífilis recente/cancroide → 69; se teve parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis, trate como sífilis recente → 71. Então teste².

• Decida qual teste fazer: avale se tem história conhecida de sífilis e se tem teste rápido para sífilis está disponível:

Tem história conhecida de sífilis ou teste rápido não disponível: **solicite teste não treponêmico (VDRL ou RPR)**

Não tem história conhecida de sífilis e teste rápido disponível: **faça teste rápido (teste treponêmico)**

VDRL ou RPR não reagente

VDRL/RPR reagente³: faça teste rápido ou, se não disponível, solicite teste treponêmico laboratorial⁴

Treponêmico não reagente

Treponêmico reagente

Solicite/avale outro teste treponêmico⁵

Reagente: trate como **sífilis recente → 71** e então solicite VDRL ou RPR⁶ (não treponêmico):

Não reagente

Reagente

Não reagente

Solicite/avale outro teste treponêmico⁵

Reagente

Não reagente: **falso positivo do teste rápido**

Teste negativo para sífilis se úlcera anogenital/parceria últimos 3 meses com sífilis/episódio de sexo desprotegido/IST, teste: após 1 mês. Se não, verifique quando repetir rastreio (vide quadro acima).

Teste negativo para sífilis: se úlcera anogenital/parceria últimos 3 meses com sífilis/episódio de sexo desprotegido/IST, teste: após 1 mês. Se não, verifique quando repetir rastreio (vide quadro acima).

Diagnóstico sífilis: trate → 71.

¹Ocorrência entre 6 semanas à 6 meses após úlcera-rash generalizado (principalmente palmas e plantas), lesão oral, lesão vegetante (em especial em genitais), perda irregular de cabelo, sintomas gerais (mal-estar, febre, cansaço). ²Se possível e sem atrasar tratamento, colete VDRL/RPR antes no dia que inicia tratamento. Verifique resultado e avale para decidir se trata para sífilis tardia. ³Se não tem história conhecida de sífilis e gestante ou tem risco de perda de seguimento, também já trate como sífilis recente. ⁴Confira se laboratório já fez automaticamente o teste treponêmico na mesma amostra. ⁵Como FT-Abs, TPHA, ELISA, CMIA. ⁶Outro teste treponêmico de metodologia diferente do primeiro. Confira se laboratório já fez automaticamente esse outro teste na mesma amostra. ⁷Compare VDRL com VDRL ou RPR com RPR. Se não for possível, discuta para interpretar. ⁸Considere cicatriz sorológica se VDRL/RPR reagente com baixa titulação (se ≥ 1:16, teste HIV → 12 e discussa) após resposta adequada ao tratamento: VDRL/RPR pós-tratamento (6 meses após tratar sífilis recente ou 12 meses após tratar sífilis tardia) pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que o do diagnóstico (ex: VDRL/RPR do diagnóstico 1:16 e após tratamento 1:4 ou de 1:32 para 1:8).

70



O correto é direcionar para página seguinte, para decidir se trata como sífilis recente ou tardia (**'trate como sífilis'**).

Rodapés corretos:
3- Se não tem história conhecida de sífilis e é gestante ou tem risco de perda de seguimento, também já trate como sífilis
4- Confira se o laboratório já fez automaticamente o teste treponêmico na mesma amostra, se não solicite laboratorial (como FT-Abs, TPHA, ELISA, CMIA).

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 71

Sífilis: tratamento

Decida sobre tratamento de sífilis recente ou tardia: tem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária* ou teste negativo para sífilis há menos de um ano?

Sim para qualquer um	Não para todos
<p>Notifique e trate sífilis recente: primária, secundária ou latente recente (< 1 ano)</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplique na mesma consulta dose única de penicilina benzatina 2,4MUUI IM (1,2MUUI cada glúteio)• Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone nos locais de aplicação:- Se não for gestante e não está amamentando, dê doxiciclina 100mg cada 12 horas por 15 dias.- Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:<ul style="list-style-type: none">- Se anafilaxia/angioedema, discuta e encaminhe para dessensibilizar/aplicar com suporte.- Se não teve anafilaxia/angioedema, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia.- Se gestante ou está amamentando e está inseguro se sífilis recente ou tardia, trate como tardia. <p>• Investigue sintomas oculares/neurológicos (sobretudo se HIV). Se presentes, investigue neurosífilis: discuta e solicite punção lombar.</p> <p>• Oriente que febre, dor de cabeça ou muscular, coccíria e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias. Dê paracetamol ou dipirona 500-1000mg cada 6 horas se necessário.</p> <p>• Trate todas parcerias sexuais dos últimos 3 meses como sífilis recente. > 66 independente de testes/síntomas, então teste cada parceria > 70 e decida se trata para sífilis tardia.</p> <p>• Sífilis tardia e intervalo entre doses > 14 dias ou se gestante e intervalo entre doses > 9 dias: reinicie tratamento e retrate parcerias reexpostas de acordo com respectivo estágio clínico</p> <p>• Monitore paciente com teste não treponêmico (VDRL/RPR) como abaixo.</p>	<p>Notifique e trate sífilis tardia: latente tardia (> 1 ano) ou duração ignorada</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplique na mesma consulta penicilina benzatina 2,4MUUI IM (1,2MUUI cada glúteio) e repita cada 7 dias por mais 2 semanas (dose total de 7,2MUUI).• Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone em locais de aplicação:- Se não for gestante e não está amamentando, dê doxiciclina 100mg cada 12 horas por 15 dias.- Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:<ul style="list-style-type: none">- Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:<ul style="list-style-type: none">- Se anafilaxia/angioedema, discuta e encaminhe para dessensibilizar/aplicar com suporte.- Se não teve anafilaxia/angioedema, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia. <p>Não: resposta adequada</p> <ul style="list-style-type: none">• Continue monitoramento. Se completou 1 ano de monitoramento e tratamento completo com VDRL/RPR pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária, dê alta e verifique quando repetir rastreio → 70.• Se gestante e completou tratamento com penicilina e 1ª aplicação > 30 dias do parto e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária, considere tratamento adequado e registre no cartão de gestante.

Sífilis: monitoramento pós-tratamento

Monitore VDRL/RPR após tratamento: solicite com 3, 6, 9 e 12 meses. Se gestante: solicite mensalmente até parto, após parto cada 3 meses até 1 ano após tratamento.

VDRL/RPR de 3 meses na sífilis recente e os de 3, 6 e 9 meses na sífilis tardia e os mensais em gestantes, servem para monitorar reinfeção/reativação: **se aumento de 2 diluições/4 vezes**, retrate paciente/parcerias para sífilis recente/tardia (de acordo com caso) e reinicie monitoramento. Variações de uma diluição (ex: de 1:2 para 1:4; de 1:16 para 1:8) não são consideradas.

Compare VDRL/RPR pós-tratamento* (≥ 6 meses após tratar sífilis recente, ou ≥ 12 meses após tratar sífilis tardia) com VDRL/RPR do diagnóstico: VDRL/RPR pós-tratamento é pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico (ex: anterior 1:32, atual 1:8) em ≥ 6 meses após tratamento para sífilis recente ou em ≥ 12 meses após tratamento para sífilis tardia?

Não	Sim

Sim: paciente persiste ou desenvolveu sinais de sífilis?

Não: **resposta adequada**

- Continue monitoramento. Se completou 1 ano de monitoramento e tratamento completo com VDRL/RPR pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária, **dê alta** e verifique quando repetir rastreio → 70.
- Se gestante e completou tratamento com penicilina e 1ª aplicação > 30 dias do parto e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária, considere tratamento adequado e registre no cartão de gestante.

*Rash generalizado (principalmente palmas e plantas), lesão oral, lesão vegetante (em especial em genitais), perda irregular de cabelo, sintomas gerais (mal-estar, febre, cansaço). *Compare VDRL com VDRL ou RPR com RPR. Se não for possível, **discuta** para interpretar. *Nesses casos, considere prolongar monitoramento para verificar queda da titulação ou que queda esperada é improvável especialmente se VDRL/RPR do diagnóstico com baixa titulação (ex: 1:4) ou não reagente.

71

Tempo de tratamento para sífilis tardia está incorreto ('por 15 dias').

CORRETO - EBOOK PÁGINA 71

Sífilis: tratamento

Decida sobre tratamento de sífilis recente ou tardia: tem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária* ou teste negativo para sífilis há menos de um ano?

Sim para qualquer um	Não para todos
<p>Notifique e trate sífilis recente: primária, secundária ou latente recente (< 1 ano)</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplique na mesma consulta dose única de penicilina benzatina 2,4MUUI IM (1,2MUUI cada glúteio)• Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone nos locais de aplicação:- Se não for gestante e não está amamentando, dê doxiciclina 100mg cada 12 horas por 15 dias.- Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:<ul style="list-style-type: none">- Se anafilaxia/angioedema, discuta e encaminhe para dessensibilizar/aplicar com suporte.- Se não teve anafilaxia/angioedema, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia.- Se gestante ou está amamentando e está inseguro se sífilis recente ou tardia, trate como tardia. <p>• Investigue sintomas oculares/neurológicos (sobretudo se HIV). Se presentes, investigue neurosífilis: discuta e solicite punção lombar.</p> <p>• Oriente que febre, dor de cabeça ou muscular, coccíria e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias. Dê paracetamol ou dipirona 500-1000mg cada 6 horas se necessário.</p> <p>• Trate todas parcerias sexuais dos últimos 3 meses como sífilis recente. > 66 independente de testes/síntomas, então teste cada parceria > 70 e decida se trata para sífilis tardia.</p> <p>• Sífilis tardia e intervalo entre doses > 14 dias ou se gestante e intervalo entre doses > 9 dias: reinicie tratamento e retrate parcerias reexpostas de acordo com respectivo estágio clínico</p> <p>• Monitore paciente com teste não treponêmico (VDRL/RPR) como abaixo.</p>	<p>Notifique e trate sífilis tardia: latente tardia (> 1 ano) ou duração ignorada</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplique na mesma consulta penicilina benzatina 2,4MUUI IM (1,2MUUI cada glúteio) e repita cada 7 dias por mais 2 semanas (dose total de 7,2MUUI).• Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone em locais de aplicação:- Se não for gestante e não está amamentando, dê doxiciclina 100mg cada 12 horas por 30 dias.- Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:<ul style="list-style-type: none">- Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:<ul style="list-style-type: none">- Se anafilaxia/angioedema, discuta e encaminhe para dessensibilizar/aplicar com suporte.- Se não teve anafilaxia/angioedema, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia. <p>Não: resposta adequada</p> <ul style="list-style-type: none">• Continue monitoramento. Se completou 1 ano de monitoramento e tratamento completo com VDRL/RPR pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária, dê alta e verifique quando repetir rastreio → 70.• Se gestante e completou tratamento com penicilina e 1ª aplicação > 30 dias do parto e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária, considere tratamento adequado e registre no cartão de gestante.

Sífilis: monitoramento pós-tratamento

Monitore VDRL/RPR após tratamento: solicite com 3, 6, 9 e 12 meses. Se gestante: solicite mensalmente até parto, após parto cada 3 meses até 1 ano após tratamento.

VDRL/RPR de 3 meses na sífilis recente e os de 3, 6 e 9 meses na sífilis tardia e os mensais em gestantes, servem para monitorar reinfeção/reativação: **se aumento de 2 diluições/4 vezes**, retrate paciente/parcerias para sífilis recente/tardia (de acordo com caso) e reinicie monitoramento. Variações de uma diluição (ex: de 1:2 para 1:4; de 1:16 para 1:8) não são consideradas.

Compare VDRL/RPR pós-tratamento* (≥ 6 meses após tratar sífilis recente, ou ≥ 12 meses após tratar sífilis tardia) com VDRL/RPR do diagnóstico: VDRL/RPR pós-tratamento é pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico (ex: anterior 1:32, atual 1:8) em ≥ 6 meses após tratamento para sífilis recente ou em ≥ 12 meses após tratamento para sífilis tardia?

Não	Sim

Sim: paciente persiste ou desenvolveu sinais de sífilis?

Não: **resposta adequada**

- Continue monitoramento. Se completou 1 ano de monitoramento e tratamento completo com VDRL/RPR pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária, **dê alta** e verifique quando repetir rastreio → 70.
- Se gestante e completou tratamento com penicilina e 1ª aplicação > 30 dias do parto e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária, considere tratamento adequado e registre no cartão de gestante.

*Úlcera genital ou rash generalizado (principalmente palmas e plantas), lesão oral, lesão vegetante (em especial em genitais), perda irregular de cabelo, sintomas gerais (mal-estar, febre, cansaço). *Compare VDRL com VDRL ou RPR com RPR. Se não for possível, **discuta** para interpretar. *Nesses casos, considere prolongar monitoramento para verificar queda da titulação ou que queda esperada é improvável especialmente se VDRL/RPR do diagnóstico com baixa titulação (ex: 1:4) ou não reagente.

71

Tempo de tratamento correto para sífilis tardia é 30 dias ('por 30 dias').

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 112

Continue avaliando paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP		
Avalie	Quando avaliar	Observações
Creatinina (calcule TFG ^e , prefira calculadora CKD-EPI2021)	<ul style="list-style-type: none"> Se entre 30-50 anos: 1ª consulta e anual Se > 50 anos ou tem risco para redução da função renal (independente da idade): 1ª consulta e cada 6-8 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Se < 30 anos e não tem risco para redução da função renal: não é necessário solicitar e nem monitorar creatinina. Não aguarde resultado da creatinina para iniciar PrEP. Se DM/HAS não controlada ou história/registro de TFGe < 60, considere aguardar resultado da creatinina (TFGe) antes de iniciar PrEP. Se TFGe ≥ 60, continue PrEP. Se TFGe < 60, confirme com nova creatinina, verifique/pare AINEs e creatina (pode causar falso-aumento no valor da creatinina). Se paciente tem grande volume de massa muscular ou alta ingestão de proteína animal, calcule/compare TFGe com Cockcroft-Gault¹, discuta para interpretar resultados e considere investigação complementar antes de parar PrEP. Se TFGe < 60 confirmada, pare PrEP e repita creatinina após 2 meses. Se TFGe ≥ 60 repetida após 2 meses, pode reiniciar PrEP. Se mantiver TFGe < 60, não reinicie PrEP e discuta para investigações adicionais.
<p>Aconselhe paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfatize que PrEP só é eficaz contra HIV, não previne outras ISTs. Para prevenir outras ISTs deve usar preservativos, gel lubrificante (forneça e oriente uso), outros métodos de prevenção combinada. Testar regularmente para HIV/ISTs (paciente/parceria) Saber quando usar PrEP e onde encontrar Tratar IST sem demora (paciente/parceria) Usar luvas se fisting Evitar compartilhar brinquedos sexuais e higienizar mãos, genitália, períneo, região anal e vibradores/plugs anais/vaginais antes e após relações sexuais. Reforce que PrEP pode ser usada se gestante ou amamentando, e que é segura para mãe e bebê. Oriente que PrEP não interfere na eficácia de contraceptivos hormonais ou hormônios para pessoas trans. Explique que PrEP pode ser usada com álcool/outras drogas e que é nesses momentos que há maior chance de não usar o preservativo e a PrEP vai proteger contra o HIV. Orientar evitar uso excessivo de AINEs, pois associados a PrEP aumentam risco de dano renal. Se usar outro medicamento, informar profissional de saúde para avaliar interação medicamentosa ¹189. Orientar que efeitos adversos ¹113 são leves, melhoram em semanas e não deve parar a PrEP. Se necessário, pode usar medicamentos sintomáticos. Orientar que PrEP só é eficaz se usada corretamente ¹113: use lembretes (alarme, aplicativo de celular), tenha comprimidos suficientes se for viajar ou dormir fora. 		
<p>Trate paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP</p> <ul style="list-style-type: none"> Se < 45 anos e sem vacina contra HPV/com esquema incompleto, prescreva vacina contra HPV (3 doses: 0, 2 e 6 meses). Se gestante, prescreva somente após parto. Decida qual modalidade de PrEP paciente deseja e pode usar, pergunte sobre uso de hormônios com estradiol e órgão genital de nascimento: 		
Nasceu com pênis e não usa hormônio com estradiol		Nasceu com vagina ou usa hormônio com estradiol
Avalie rotina sexual, teste de HBV e desejo de PrEP sob demanda: sexo ≤ 1 dia/semana e consegue planejar sexo ao menos 2 horas antes e teste de HBV não reage e deseja PrEP sob demanda?		
Sim para todos		Não para qualquer um
Pode usar PrEP sob demanda (2-1-1) → 113.		Deve usar PrEP diária → 113.

¹Para cálculo, acesse: <https://bn.org.br/medicos/utilidades/calculadoras-nefrologicas/>

Na coluna de 'Quando avaliar' creatinina no cuidado de rotina da PrEP, **falta orientação de avaliar creatinina em > 50 anos.**

E na coluna 'Observações' **falta informação sobre quando considerar que paciente tem risco para redução da função renal.**

CORRETO - EBOOK PÁGINA 112

Continue avaliando paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP		
Avalie	Quando avaliar	Observações
Creatinina (calcule TFG ^e , prefira calculadora CKD-EPI2021)	<ul style="list-style-type: none"> Se entre 30-50 anos: 1ª consulta e anual Se > 50 anos ou tem risco para redução da função renal (independente da idade): 1ª consulta e cada 6-8 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Considere que paciente tem risco para redução da função renal se DM, HAS, DRC, história/registro de TFGe < 60 ou uso crônico de medicamento nefrotóxico. Se < 30 anos e não tem risco para redução da função renal: não é necessário solicitar e nem monitorar creatinina. Não aguarde resultado da creatinina para iniciar PrEP. Se DM/HAS não controlada ou história/registro de TFGe < 60, considere aguardar resultado da creatinina (TFGe) antes de iniciar PrEP. Se TFGe ≥ 60, continue PrEP. Se TFGe < 60, confirme com nova creatinina, verifique/pare AINEs e creatina (pode causar falso-aumento no valor da creatinina). Se paciente tem grande volume de massa muscular ou alta ingestão de proteína animal, calcule/compare TFGe com Cockcroft-Gault¹, discuta para interpretar resultados e considere investigação complementar antes de parar PrEP. Se TFGe < 60 confirmada, pare PrEP e repita creatinina após 2 meses. Se TFGe ≥ 60 repetida após 2 meses, pode reiniciar PrEP. Se mantiver TFGe < 60, não reinicie PrEP e discuta para investigações adicionais.
<p>Aconselhe paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfatize que PrEP só é eficaz contra HIV, não previne outras ISTs. Para prevenir outras ISTs deve usar preservativos, gel lubrificante (forneça e oriente uso), outros métodos de prevenção combinada. Testar regularmente para HIV/ISTs (paciente/parceria) Saber quando usar PrEP e onde encontrar Tratar IST sem demora (paciente/parceria) Usar luvas se fisting Evitar compartilhar brinquedos sexuais e higienizar mãos, genitália, períneo, região anal e vibradores/plugs anais/vaginais antes e após relações sexuais. Reforce que PrEP pode ser usada se gestante ou amamentando, e que é segura para mãe e bebê. Oriente que PrEP não interfere na eficácia de contraceptivos hormonais ou hormônios para pessoas trans. Explique que PrEP pode ser usada com álcool/outras drogas e que é nesses momentos que há maior chance de não usar o preservativo e a PrEP vai proteger contra o HIV. Orientar evitar uso excessivo de AINEs, pois associados a PrEP aumentam risco de dano renal. Se usar outro medicamento, informar profissional de saúde para avaliar interação medicamentosa ¹189. Orientar que efeitos adversos ¹113 são leves, melhoram em semanas e não deve parar a PrEP. Se necessário, pode usar medicamentos sintomáticos. Orientar que PrEP só é eficaz se usada corretamente ¹113: use lembretes (alarme, aplicativo de celular), tenha comprimidos suficientes se for viajar ou dormir fora. 		
<p>Trate paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP</p> <ul style="list-style-type: none"> Se < 45 anos e sem vacina contra HPV/com esquema incompleto, prescreva vacina contra HPV (3 doses: 0, 2 e 6 meses). Se gestante, prescreva somente após parto. Decida qual modalidade de PrEP paciente deseja e pode usar, pergunte sobre uso de hormônios com estradiol e órgão genital de nascimento: 		
Nasceu com pênis e não usa hormônio com estradiol		Nasceu com vagina ou usa hormônio com estradiol
Avalie rotina sexual, teste de HBV e desejo de PrEP sob demanda: sexo ≤ 1 dia/semana e consegue planejar sexo ao menos 2 horas antes e teste de HBV não reage e deseja PrEP sob demanda?		
Sim para todos		Não para qualquer um
Pode usar PrEP sob demanda (2-1-1) → 113.		Deve usar PrEP diária → 113.

¹Para cálculo, acesse: <https://bn.org.br/medicos/utilidades/calculadoras-nefrologicas/>

Na coluna de 'Quando avaliar' incluída a orientação de **'Se > 50 anos ou tem risco para redução da função renal (independente da idade): 1ª consulta e cada 6-8 meses'**.

Na coluna 'Observações' incluída a orientação **'Considere que paciente tem risco para redução da função renal se DM, HAS, DRC, história/ registro de TFGe < 60 ou uso crônico de medicamento nefrotóxico'**.

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 114

Avalie paciente que é contato de TB para Infecção por TB (ILTBT)

• Considere paciente como contato de TB se teve contato próximo (em casa, escola ou trabalho) na maior parte do dia, por dias frequentes ou ≥ 1 noite com caso de TB pulmonar ou laringea ou com criança com TB independente da forma clínica ("caso index") nos últimos 3 meses antes do "caso index" iniciar tratamento para TB.
 * Infecção por TB é diferente de "Doença por TB": Infecção por TB refere-se às bactérias da TB que entraram no corpo, mas ainda não deixam o corpo doente – frequentemente chamada de Infecção latente por TB (ILTBT).

Avalie paciente que é contato de TB

• Verifique se tem sintomas de TB: **tosse ≥ 3 semanas** (ou de qualquer duração se HIV, profissional de saúde, situação de rua, privação de liberdade/institucionalização atual/recente, indigena, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar, escarro sanguinolento).
 - Se tem sintoma de TB, exclua TB → 116.
 - Se não tem sintomas de TB ou TB excluída, maneje conforme status de HIV (se necessário, teste HIV → 122), história de tratamento de TB ou ILTB e idade. Qual status de HIV do paciente?

HIV Negativo: paciente tem história de tratamento para TB ou ILTB? HIV Positivo

Não para todos: qual idade do paciente?

Idade < 10 anos: solicite rx de tórax (se < 1 mês de idade, **discuta**). Qual resultado do rx de tórax?

Idade ≥ 10 anos: solicite PPD. Qual resultado do PPD?

< 5mm, repita em 8 semanas: quanto aumentou? ≥ 5mm

PPD aumentou ≥ 10mm Solicite rx de tórax:

Normal Alterado

Paciente é contato de "caso index" com TB resistente a ≥ 2 drogas? Exclua TB → 116.

Sim: **discuta** para decidir sobre tratamento de ILTB. Não **Trate ILTB** → 115.

Paciente não tem ILTB, oriente retornar se sintomas de TB: tosse ≥ 3 semanas (ou de qualquer duração se HIV, profissional de saúde, situação de rua, privação de liberdade/institucionalização atual/recente, contato TB resistente, indigena, imigrante), sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar ou escarro sanguinolento.

Sim: **discuta** para decidir sobre tratamento de ILTB. Não **Trate ILTB** → 115.

Se IGRA indeterminado, considere para manejo no algoritmo como resultado positivo. Se dúvida, **discuta**.

114

Tempo de tosse que indica necessidade de avaliar para TB (excluir TB) está incorreto ('tosse > 3 semanas').

CORRETO - EBOOK PÁGINA 114

Avalie paciente que é contato de TB para Infecção por TB (ILTBT)

• Considere paciente como contato de TB se teve contato próximo (em casa, escola ou trabalho) na maior parte do dia, por dias frequentes ou ≥ 1 noite com caso de TB pulmonar ou laringea ou com criança com TB independente da forma clínica ("caso index") nos últimos 3 meses antes do "caso index" iniciar tratamento para TB.
 * Infecção por TB é diferente de "Doença por TB": Infecção por TB refere-se às bactérias da TB que entraram no corpo, mas ainda não deixam o corpo doente – frequentemente chamada de Infecção latente por TB (ILTBT).

Avalie paciente que é contato de TB

• Verifique se tem sintomas de TB: **tosse ≥ 2 semanas** (ou qualquer duração se HIV, profissional de saúde, situação de rua, privação de liberdade/institucionalização atual/recente, indigena, imigrante), sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar, escarro sanguinolento.
 - Se tem sintoma de TB, exclua TB → 116.
 - Se não tem sintomas de TB ou TB excluída, maneje conforme status de HIV (se necessário, teste HIV → 122), história de tratamento de TB ou ILTB e idade. Qual status de HIV do paciente?

HIV Negativo: paciente tem história de tratamento para TB ou ILTB? HIV Positivo

Não para todos: qual idade do paciente?

Idade < 10 anos: solicite rx de tórax (se < 1 mês de idade, **discuta**). Qual resultado do rx de tórax?

Idade ≥ 10 anos: solicite PPD. Qual resultado do PPD?

< 5mm, repita em 8 semanas: quanto aumentou? ≥ 5mm

PPD aumentou ≥ 10mm Solicite rx de tórax:

Normal Alterado

Paciente é contato de "caso index" com TB resistente a ≥ 2 drogas? Exclua TB → 116.

Sim: **discuta** para decidir sobre tratamento de ILTB. Não **Trate ILTB** → 115.

Paciente não tem ILTB, oriente retornar se sintomas de TB: se tosse ≥ 2 semanas (ou qualquer duração se HIV, profissional de saúde, situação de rua, privação de liberdade/institucionalização atual/recente, indigena, imigrante), sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar, escarro sanguinolento.

Sim: **discuta** para decidir sobre tratamento de ILTB. Não **Trate ILTB** → 115.

Se IGRA indeterminado, considere para manejo no algoritmo como resultado positivo. Se dúvida, **discuta**.

114

Tempo de tosse que indica necessidade de avaliar para TB (excluir TB) correto é ≥ 2 semanas (≥ 2 semanas')

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 131

Asma e DPOC: diagnóstico

O paciente com tosse crônica pode ter mais de uma doença. Também considere TB, pneumocistose (PPC), câncer de pulmão, bronquite, insuficiência cardíaca, DRGE e tosse pós-infecciosa → 52.

Diagnostique asma/DPOC com base na história, exame físico e resultado de espirometria. Tanto asma quanto doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam-se com tosse, sibilos, aperto no peito ou falta de ar. Solicite **espirometria** e diferencie asma de DPOC:

Asma é provável se vários dos seguintes: <ul style="list-style-type: none">• Início antes dos 20 anos de idade• Associação com rinite alérgica, eczema, conjuntivite alérgica e outras alergias• Sintomas intermitentes com respiração normal entre as crises• Sintomas pioram à noite, de manhã cedo, com exposição a alérgenos, frio ou estresse• História pessoal ou familiar (pai/mãe/irmãos) de asma ou doenças atópicas• Espirometria:<ul style="list-style-type: none">- VEF1/CVF menor que o valor normal para a idade, sexo e estatura e- VEF1 aumenta em ≥ 12% e ≥ 200ml após broncodilatador Ofereça cuidados de rotina para asma → 132.	DPOC é provável se vários dos seguintes: <ul style="list-style-type: none">• Início após os 40 anos de idade• Sintomas são persistentes e pioram lentamente ao longo do tempo• Tosse com escarro inicia muito antes da falta de ar• História de tabagismo pesado (≥ 20 cigarros/dia) ou exposição ocupacional (poeira, químicos)• Diagnóstico prévio de TB• Diagnóstico prévio de DPOC• Espirometria:<ul style="list-style-type: none">- VEF1/CVF < 0,7 após broncodilatador Ofereça cuidados de rotina para DPOC → 133.
---	---

Se não tiver certeza do diagnóstico, trate como asma → 132 e **discuta** ou **encaminhe**.

Usando inaladores e espaçadores

Se não é capaz de usar inalador corretamente, associe espaçador para aumentar distribuição do medicamento nos pulmões, em especial se usa corticoide inalatório. Isso pode prevenir candidíase oral.


Limpe espaçador antes do primeiro uso e cada duas semanas: remova recipiente do inalador e lave espaçador com água e sabão. Deixe secar em ar ambiente. Evite envaguar com água após cada uso.

Como usar o inalador com espaçador¹

- 1 Agite o inalador e insira no espaçador.
- 2 Levante-se e expire. Então feche os lábios em volta do bocal.
- 3 Pressione o dispositivo uma vez para liberar um jato dentro do espaçador.
- 4 Faça 4 inspirações mantendo o espaçador na boca.
 - Repita passos 3 e 4 para cada jato.
 - Enxague a boca após usar corticoide inalatório.

¹Se não tiver espaçador disponível, explique como usar o inalador sem espaçador: tire a tampa e agite o inalador. Expire. Feche os lábios em volta do bocal do inalador. Inspire lentamente. Enquanto inspira, aperte o dispositivo uma vez e mantenha inspiração lenta. Feche a boca e segure a respiração por 10 segundos. Expire. Espere alguns segundos antes de repetir.

131

**Falta orientação de repetir o passo 2 junto com o 3 e 4.**

CORRETO - EBOOK PÁGINA 131

Asma e DPOC: diagnóstico

O paciente com tosse crônica pode ter mais de uma doença. Também considere TB, pneumocistose (PPC), câncer de pulmão, bronquite, insuficiência cardíaca, DRGE e tosse pós-infecciosa → 52.

Diagnostique asma/DPOC com base na história, exame físico e resultado de espirometria. Tanto asma quanto doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam-se com tosse, sibilos, aperto no peito ou falta de ar. Solicite **espirometria** e diferencie asma de DPOC:

Asma é provável se vários dos seguintes: <ul style="list-style-type: none">• Início antes dos 20 anos de idade• Associação com rinite alérgica, eczema, conjuntivite alérgica e outras alergias• Sintomas intermitentes com respiração normal entre as crises• Sintomas pioram à noite, de manhã cedo, com exposição a alérgenos, frio ou estresse• História pessoal ou familiar (pai/mãe/irmãos) de asma ou doenças atópicas• Espirometria:<ul style="list-style-type: none">- VEF1/CVF menor que o valor normal para a idade, sexo e estatura e- VEF1 aumenta em ≥ 12% e ≥ 200ml após broncodilatador Ofereça cuidados de rotina para asma → 132.	DPOC é provável se vários dos seguintes: <ul style="list-style-type: none">• Início após os 40 anos de idade• Sintomas são persistentes e pioram lentamente ao longo do tempo• Tosse com escarro inicia muito antes da falta de ar• História de tabagismo pesado (≥ 20 cigarros/dia) ou exposição ocupacional (poeira, químicos)• Diagnóstico prévio de TB• Diagnóstico prévio de DPOC• Espirometria:<ul style="list-style-type: none">- VEF1/CVF < 0,7 após broncodilatador Ofereça cuidados de rotina para DPOC → 133.
---	---

Se não tiver certeza do diagnóstico, trate como asma → 132 e **discuta** ou **encaminhe**.

Usando inaladores e espaçadores

Se não é capaz de usar inalador corretamente, associe espaçador para aumentar distribuição do medicamento nos pulmões, em especial se usa corticoide inalatório. Isso pode prevenir candidíase oral.

Limpe espaçador antes do primeiro uso e cada duas semanas: remova recipiente do inalador e lave espaçador com água e sabão. Deixe secar em ar ambiente. Evite envaguar com água após cada uso.


Revise com paciente e certifique-se que entende o passo a passo de como usar o inalador com espaçador.

Como usar o inalador com espaçador¹

- 1 Agite o inalador e insira no espaçador.
- 2 Levante-se e expire. Então feche os lábios em volta do bocal.
- 3 Pressione o dispositivo uma vez para liberar um jato dentro do espaçador.
- 4 Faça 4 inspirações mantendo o espaçador na boca.
 - Repita passos 2, 3 e 4 para cada jato.
 - Enxague a boca após usar corticoide inalatório.

¹Se não tiver espaçador disponível, explique como usar o inalador sem espaçador: tire a tampa e agite o inalador. Expire. Feche os lábios em volta do bocal do inalador. Inspire lentamente. Enquanto inspira, aperte o dispositivo uma vez e mantenha inspiração lenta. Feche a boca e segure a respiração por 10 segundos. Expire. Espere alguns segundos antes de repetir.

131

**Orientação correta é 'Repita passos 2, 3 e 4 para cada jato'.**

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 132

Asma: cuidados de rotina

Avalie paciente com asma		
Avalie	Quando avaliar	Observações
Controle dos sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">Se piora dos sintomas/aperto no peito ou da tosse ou da falta de ar, maneje como exacerbação aguda 131.Se um ou mais dos seguintes no último mês, asma não está controlada:<ul style="list-style-type: none">Tosse, falta de ar, aperto no peito ou sibilos > 2 vezes/semana ou uso de medicamento para resgate > 2 dias/semana*Despertares noturnos ou matinais ou limitação de atividades diárias devido sintomas de asmaUso de salbutamol > 2 dias/semana† ou ≥ 1 exacerbações gravesSe nenhum dos acima então a asma está controlada.
Outros sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">Maneje sintomas conforme página do sintoma. Investigue rinite 131 e dispnéia/refluxo 61.Se usa corticoide inalatório e manchas brancas na bochecha/gengiva/língua/palato, considere candidíase oral 49.
Adesão/uso do inalador	Toda consulta	Verifique adesão e se usa inalador e espaçador corretamente 131. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão 18.
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um 154.
Espirometria	No diagnóstico, então dependendo do controle	<ul style="list-style-type: none">Se asma controlada, não é necessário repetir. Se asma não controlada, avalie cada 6 meses.Compare resultados com valores anteriores. Se reduzidos, verifique adesão e considere ajustar tratamento.

Aconselhe paciente com asma

- Orientar evitar gatilhos que pioram asma/rinite (ex: animais, poeira, químicos, pólen), AAS, AINEs (ex: ibuprofeno) e beta-bloqueadores (ex: propranolol). Se fuma tabaco 153, apoiar para mudança 17.
- Certifique-se de que paciente reconhece asma não controlada, entende como usar medicamentos e entregue plano de ação por escrito para piora dos sintomas.
- Corticoides inalatórios (como beclometasona ou budesonida) podem causar candidíase oral: orientar paciente enxaguar boca e fazer gargarejos após cada dose.

Trate paciente com asma

- Prescreva medicamento de **resgate: formoterol/budesonida** 2 inalado 6/200-12/400mcg se necessário. Se não melhorar, repetir cada 20 min e/ou até 3x/dia. Se sem melhora, repetir e procurar atendimento imediatamente. Se asma por exercício, usar antes 6/200-12/400mcg.
- Se não disponível, **de salbutamol** inalado 200-400mcg mais **beclometasona** 250mcg se necessário (se em uso diário de beclometasona, pode usar só salbutamol). Se não melhorar, repetir cada 20 min e/ou até 3x/dia. Se sem melhora, repetir e procurar atendimento imediatamente. Se asma por exercício, usar antes salbutamol 200mcg mais beclometasona 250mcg.
- Se **exacerbação aguda** (recebeu prednisona/hidrocortisona), prescreva **prednisona** 40mg ao dia por 5 dias e se Tax ≥ 38°C com escarro amarelo/esverdeado, também maneje/trate **pneumonia** 52.
- Se precisou usar prednisona/hidrocortisona > 2 vezes em 6 meses ou exacerbações agudas com tratamento otimizado, **discuta**/encaminhe.
- Se **asma não controlada ou após exacerbação aguda**, prescreva/intensifique tratamento de **controle** (mantenha medicamento de resgate): antes de intensificar verifique adesão, se sabe usar inalador/espaçador 131 e se está evitando fumar/gatilhos:
 - Inicie com **formoterol/budesonida** 2 inalado 6/200mcg cada 12 horas. Se não disponível, **de beclometasona** inalada 250mcg cada 12 horas. Se não controlada após 1 mês:
 - Se usa formoterol/budesonida, **aumente** para 12/400mcg cada 12 horas. Se usa beclometasona, troque por **formoterol/budesonida** 2 inalado 6/200mcg cada 12 horas. Se ainda não controlada após 1 mês:
 - aumente** formoterol/budesonida inalado para 12/400mcg cada 12 horas ou, se já usa essa dose há 1 mês e não controlada, **discuta** ou encaminhe.
 - Se **asma controlada**, continue medicamento na mesma dose. Se controlada e sem exacerbações agudas por ≥ 6 meses, reduza tratamento:
 - Se usa formoterol/budesonida 12/400mcg cada 12 horas, **reduza** para 6/200mcg cada 12 horas.
 - Se usa formoterol/budesonida 6/200mcg ou beclometasona 250-500mcg cada 12 horas, pare uso e mantenha medicamento de resgate como acima (formoterol/budesonida ou salbutamol com beclometasona).
 - Se sintomas piorarem enquanto reduz tratamento, reinicie/aumente novamente medicamento para mesma dose de quando paciente estava com asma controlada.
- Prescreva **vacina contra influenza** anualmente e **vacina para COVID-19**. Se asma moderada/grave*, prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).

Se exacerbação aguda, reavale após 1 semana. Se asma não controlada, cada 1 mês. Se controlada, cada 3-6 meses. **Orientar retornar antes se não estiver melhor ou piorar.**

*Não considerar uso para asma induzida por exercício. †Se usa rinitivite com budesonida **discuta** e considere trocar/reduzir budesonida ou trocar TARV. †Alérgenos, AAS, AINEs, beta-bloqueadores. †Prescreva usar pelo menos formoterol/budesonida 6/200mcg cada 12 horas para controle.



A orientação de considerar asma não controlada se **'uso de medicamento para resgate > 2 dias/semana'** está incorreta.

A **escala de cinza da cor da linha de orientação de avaliação de depressão está incorreta** (está em tom cinza escuro que se refere a exames complementares).

Há um erro ortográfico em **'vacina pneumocócica 23-v'**.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 132

Asma: cuidados de rotina

Avalie paciente com asma		
Avalie	Quando avaliar	Observações
Controle dos sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">Se piora dos sintomas/aperto no peito ou da tosse ou da falta de ar, maneje como exacerbação aguda 131.Se um ou mais dos seguintes no último mês, asma não está controlada:<ul style="list-style-type: none">Tosse, falta de ar, aperto no peito ou sibilos > 2 vezes/semanaDespertares noturnos ou matinais ou limitação de atividades diárias devido sintomas de asmaUso de salbutamol > 2 dias/semana† ou ≥ 1 exacerbações gravesSe nenhum dos acima então a asma está controlada.
Outros sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">Maneje sintomas conforme página do sintoma. Investigue rinite 131 e dispnéia/refluxo 61.Se usa corticoide inalatório e manchas brancas na bochecha/gengiva/língua/palato, considere candidíase oral 49.
Adesão/uso do inalador	Toda consulta	Verifique adesão e se usa inalador e espaçador corretamente 131. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão 18.
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um 154.
Espirometria	No diagnóstico, então dependendo do controle	<ul style="list-style-type: none">Se asma controlada, não é necessário repetir. Se asma não controlada, avalie cada 6 meses.Compare resultados com valores anteriores. Se reduzidos, verifique adesão e considere ajustar tratamento.

Aconselhe paciente com asma

- Orientar evitar gatilhos que pioram asma/rinite (ex: animais, poeira, químicos, pólen), AAS, AINEs (ex: ibuprofeno) e beta-bloqueadores (ex: propranolol). Se fuma tabaco 153, apoiar para mudança 17.
- Certifique-se de que paciente reconhece asma não controlada, entende como usar medicamentos e entregue plano de ação por escrito para piora dos sintomas.
- Corticoides inalatórios (como beclometasona ou budesonida) podem causar candidíase oral: orientar paciente enxaguar boca e fazer gargarejos após cada dose.

Trate paciente com asma

- Prescreva medicamento de **resgate: formoterol/budesonida** 2 inalado 6/200-12/400mcg se necessário. Se não melhorar, repetir cada 20 min e/ou até 3x/dia. Se sem melhora, repetir e procurar atendimento imediatamente. Se asma por exercício, usar antes **formoterol/budesonida** 2 inalado 6/200-12/400mcg.
- Se não disponível, **de salbutamol** inalado 200-400mcg mais **beclometasona** 250mcg se necessário (se em uso diário de beclometasona, pode usar só salbutamol). Se não melhorar, repetir cada 20 min e/ou até 3x/dia. Se sem melhora, repetir e procurar atendimento imediatamente. Se asma por exercício, usar antes salbutamol 200mcg mais beclometasona 250mcg.
- Se **exacerbação aguda** (recebeu prednisona/hidrocortisona), prescreva **prednisona** 40mg ao dia por 5 dias e se Tax ≥ 38°C com escarro amarelo/esverdeado, também maneje/trate **pneumonia** 52.
- Se precisou usar prednisona/hidrocortisona > 2 vezes em 6 meses ou exacerbações agudas com tratamento otimizado, **discuta**/encaminhe.
- Se **asma não controlada ou após exacerbação aguda**, prescreva/intensifique tratamento de **controle** (mantenha medicamento de resgate): antes de intensificar verifique adesão, se sabe usar inalador/espaçador 131 e se está evitando fumar/gatilhos:
 - Inicie com **formoterol/budesonida** 2 inalado 6/200mcg cada 12 horas. Se não disponível, **de beclometasona** inalada 250mcg cada 12 horas. Se não controlada após 1 mês:
 - Se usa formoterol/budesonida, **aumente** para 12/400mcg cada 12 horas. Se usa beclometasona, troque por **formoterol/budesonida** 2 inalado 6/200mcg cada 12 horas. Se ainda não controlada após 1 mês:
 - aumente** formoterol/budesonida inalado para 12/400mcg cada 12 horas ou, se já usa essa dose há 1 mês e não controlada, **discuta** ou encaminhe.
 - Se **asma controlada**, continue medicamento na mesma dose. Se controlada e sem exacerbações agudas por ≥ 6 meses, reduza tratamento:
 - Se usa formoterol/budesonida 12/400mcg cada 12 horas, **reduza** para 6/200mcg cada 12 horas.
 - Se usa formoterol/budesonida 6/200mcg ou beclometasona 250-500mcg cada 12 horas, pare uso e mantenha medicamento de resgate como acima (formoterol/budesonida ou salbutamol com beclometasona).
 - Se sintomas piorarem enquanto reduz tratamento, reinicie/aumente novamente medicamento para mesma dose de quando paciente estava com asma controlada.
- Prescreva **vacina contra influenza** anualmente e **vacina para COVID-19**. Se asma moderada/grave*, prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).

Se exacerbação aguda, reavale após 1 semana. Se asma não controlada, cada 1 mês. Se controlada, cada 3-6 meses. **Orientar retornar antes se não estiver melhor ou piorar.**

*Não considerar uso para asma induzida por exercício. †Se usa rinitivite com budesonida **discuta** e considere trocar/reduzir budesonida ou trocar TARV. †Alérgenos, AAS, AINEs, beta-bloqueadores. †Prescreva usar pelo menos formoterol/budesonida 6/200mcg cada 12 horas para controle.



Exclua orientação de considerar asma não controlada se 'uso de medicamento para resgate > 2 dias/semana'.

Ajustada escala de cinza da cor da linha de orientação de avaliação de depressão para tom de cinza claro que se refere a história (anamnese).

Corrigido erro ortográfico em 'vacina pneumocócica'.

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 134

Risco Cardiovascular (RCV): avaliação

Risco Cardiovascular (RCV) é a chance de sofrer um AVC ou IAM nos próximos 10 anos (ou 30 anos)

Passo 1 Identifique se paciente tem condição de alto RCV ou Doença Cardiovascular (DCV) confirmada

- Se uma ou mais das seguintes situações, já considere paciente como de alto RCV (RCV 20%) e maneje →136 (não é necessário calcular o RCV nem seguir para os demais passos abaixo):
- **DCV confirmada** (IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica).
- Condição de alto RCV:
 - Diagnóstico confirmado de **hipercolesterolemia familiar**, **discuta/encaminhe**.
 - Registro de LDL ≥ 190 confirmado (mesmo sem diagnóstico confirmado de hipercolesterolemia familiar).
 - Diagnóstico conhecido de **diabetes e idade > 40 anos**.
- Se tem ou teve dor no peito, especialmente ao esforço e com alívio ao repouso, investigue **doença cardíaca isquêmica** → 149.
- Se tem ou teve dor na perna, especialmente ao caminhar e com alívio ao repouso, investigue **doença arterial periférica** → 151.
- Se início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **AVC/AIT** → 148.

Passo 2 Investigue se paciente tem fatores de RCV:

- Pergunte se é **fumante**: considere paciente que parou de fumar no último ano como fumante para avaliar RCV.
- Pergunte sobre **história familiar**: ter um dos pais ou irmãos com morte por DCV/DCV prematura (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) ou com hipercolesterolemia familiar é fator de RCV.
- Calcule **Índice de Massa Corporal (IMC)**: peso (kg) ÷ altura (m) × altura (m). IMC > 25 (se > 45 anos > 27) é fator de RCV.
- Meça **circunferência abdominal** sem roupa/roupa leve, ao final de expiração normal, à meia altura entre último arco costal e topo crista ilíaca: > 88cm (mulher) ou > 102cm (homem) é fator de RCV.
- Verifique diagnóstico de **hipertensão**: verifique PA. Se PA $\geq 140/90$ e não tem hipertensão conhecida → 143.
- Verifique diagnóstico de **diabetes**: se não tem diabetes conhecida, verifique necessidade de rastrear, **diabetes** → 138 (se não há necessidade de rastrear, considere como não diabético).
- Verifique **outros fatores que podem aumentar o RCV HIV** (teste para HIV → 122), **transtorno mental grave** (esquizofrenia, TAB grave, outras psicoses), **uso de antipsicóticos atípicos** (como risperidona, quetiapina, olanzapina, clozapina)/**corticóide**, **doença renal crônica conhecida** (TFGe < 60), **sinais clínicos de colesterol alto***

Passo 3 Decida se paciente que não tem DCV confirmada ou outra condição de alto RCV precisa calcular o RCV (use idade e fatores de RCV para decidir):

- Se tem entre 40-75 anos, solicite colesterol total, HDL e triglicérides e **calcule RCV**.
- Use colesterol total, status de tabagismo, status de diabetes, idade, sexo, PA sistólica (PAS) para calcular RCV nos gráficos da próxima página → 135 ou pelo aplicativo CardioCa[®] (use QR code ao lado).
- Se tem entre 30-39 anos e ≥ 1 fator de RCV (vide acima), solicite colesterol total, HDL e triglicérides e **calcule RCV**.
- Use colesterol total, HDL, status de tabagismo, status de diabetes, idade, sexo, PA sistólica (PAS) para calcular RCV usando calculadora Framingham de risco global em 30 anos² (use QR code ao lado).
- Se tem entre 30-39 anos e nenhum fator de RCV: não é necessário calcular e nem manejar RCV, reavale RCV em 5 anos.
- Se tem < 30 anos ou > 75 anos, com ou sem fator de RCV: não é necessário calcular o RCV, reavale RCV em 5 anos.
- Se tem fatores de RCV: **maneje o RCV** → 136.

Passo 4 Explique para paciente que acabou de calcular RCV qual é o seu risco de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 anos (ou 30 anos, se usando calculadora Framingham de risco global em 30 anos):

- Oriente que é uma estimativa, não pode prever o que vai acontecer com cada pessoa.
- Se RCV < 10%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é baixa (menor que 1 em 10).
- Se RCV entre 10-20%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é entre 1 em 10 e 1 em 5.
- Se RCV $\geq 20\%$ (alto RCV), sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é mais de 1 em 5.

Passo 5 Use valor do RCV do(a) paciente para decidir sobre manejo/tratamento e quando reavaliar o RCV:

- Se RCV < 10% sem fatores de RCV, não é necessário manejar o RCV; reavale RCV em 5 anos.
- Se RCV < 10% com fatores de RCV, maneje o RCV → 136; reavale RCV em 1 ano.
- Se RCV entre 10-20%, maneje o RCV → 136; reavale RCV em 1 ano.
- Se RCV $\geq 20\%$ (alto RCV), maneje o RCV → 136; reavale RCV em 6 meses.

*Anel claro ao redor da córnea do olho, nódulos amarelados nas pálpebras/ao redor dos olhos, nódulos de gordura nos tendões. *Disponível em www.framinghamheartstudy.org/frs-risk-functions/cardiovascular-disease-30-year-risk/

134

Para pacientes considerados de alto RCV **faltou a orientação de investigar fatores de risco (passo 2) e ir para página 136 para manejar RCV.**

CORRETO - EBOOK PÁGINA 134

Risco Cardiovascular (RCV): avaliação

Risco Cardiovascular (RCV) é a chance de sofrer um AVC ou IAM nos próximos 10 anos (ou 30 anos)

Passo 1 Identifique se paciente tem condição de alto RCV ou Doença Cardiovascular (DCV) confirmada

- Se uma ou mais das seguintes situações, já considere paciente como de alto RCV (RCV 20%), investigue se tem fatores de RCV (passo 2) e maneje →136 (não é necessário calcular o RCV):
- **DCV confirmada** (IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica).
- Condição de alto RCV:
 - Diagnóstico confirmado de **hipercolesterolemia familiar**, **discuta/encaminhe**.
 - Registro de LDL ≥ 190 confirmado (mesmo sem diagnóstico confirmado de hipercolesterolemia familiar).
 - Diagnóstico conhecido de **diabetes e idade > 40 anos**.
- Se tem ou teve dor no peito, especialmente ao esforço e com alívio ao repouso, investigue **doença cardíaca isquêmica** → 149.
- Se tem ou teve dor na perna, especialmente ao caminhar e com alívio ao repouso, investigue **doença arterial periférica** → 151.
- Se início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **AVC/AIT** → 148.

Passo 2 Investigue se paciente tem fatores de RCV:

- Pergunte se é **fumante**: considere paciente que parou de fumar no último ano como fumante para avaliar RCV.
- Pergunte sobre **história familiar**: ter um dos pais ou irmãos com morte por DCV/DCV prematura (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) ou com hipercolesterolemia familiar é fator de RCV.
- Calcule **Índice de Massa Corporal (IMC)**: peso (kg) ÷ altura (m) × altura (m). IMC > 25 (se > 45 anos > 27) é fator de RCV.
- Meça **circunferência abdominal** sem roupa/roupa leve, ao final de expiração normal, à meia altura entre último arco costal e topo crista ilíaca: > 88cm (mulher) ou > 102cm (homem) é fator de RCV.
- Verifique diagnóstico de **hipertensão**: verifique PA. Se PA $\geq 140/90$ e não tem hipertensão conhecida → 143.
- Verifique diagnóstico de **diabetes**: se não tem diabetes conhecida, verifique necessidade de rastrear, **diabetes** → 138 (se não há necessidade de rastrear, considere como não diabético).
- Verifique **outros fatores que podem aumentar o RCV HIV** (teste para HIV → 122), **transtorno mental grave** (esquizofrenia, TAB grave, outras psicoses), **uso de antipsicóticos atípicos** (como risperidona, quetiapina, olanzapina, clozapina)/**corticóide**, **doença renal crônica conhecida** (TFGe < 60), **sinais clínicos de colesterol alto***

Passo 3 Decida se paciente que não tem DCV confirmada ou outra condição de alto RCV precisa calcular o RCV (use idade e fatores de RCV para decidir):

- Se tem entre 40-75 anos, solicite colesterol total, HDL e triglicérides e **calcule RCV**.
- Use colesterol total, status de tabagismo, status de diabetes, idade, sexo, PA sistólica (PAS) para calcular RCV nos gráficos da próxima página → 135 ou pelo aplicativo CardioCa[®] (use QR code ao lado).
- Se tem entre 30-39 anos e ≥ 1 fator de RCV (vide acima), solicite colesterol total, HDL e triglicérides e **calcule RCV**.
- Use colesterol total, HDL, status de tabagismo, status de diabetes, idade, sexo, PA sistólica (PAS) para calcular RCV usando calculadora Framingham de risco global em 30 anos² (use QR code ao lado).
- Se tem entre 30-39 anos e nenhum fator de RCV: não é necessário calcular e nem manejar RCV, reavale RCV em 5 anos.
- Se tem < 30 anos ou > 75 anos, com ou sem fator de RCV: não é necessário calcular o RCV, reavale RCV em 5 anos.
- Se tem fatores de RCV: **maneje o RCV** → 136.

Passo 4 Explique para paciente que acabou de calcular RCV qual é o seu risco de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 anos (ou 30 anos, se usando calculadora Framingham de risco global em 30 anos):

- Oriente que é uma estimativa, não pode prever o que vai acontecer com cada pessoa.
- Se RCV < 10%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é baixa (menor que 1 em 10).
- Se RCV entre 10-20%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é entre 1 em 10 e 1 em 5.
- Se RCV $\geq 20\%$ (alto RCV), sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é mais de 1 em 5.

Passo 5 Use valor do RCV do(a) paciente para decidir sobre manejo/tratamento e quando reavaliar o RCV:

- Se RCV < 10% sem fatores de RCV, não é necessário manejar o RCV; reavale RCV em 5 anos.
- Se RCV < 10% com fatores de RCV, maneje o RCV → 136; reavale RCV em 1 ano.
- Se RCV entre 10-20%, maneje o RCV → 136; reavale RCV em 1 ano.
- Se RCV $\geq 20\%$ (alto RCV), maneje o RCV → 136; reavale RCV em 6 meses.

*Anel claro ao redor da córnea do olho, nódulos amarelados nas pálpebras/ao redor dos olhos, nódulos de gordura nos tendões. *Disponível em www.framinghamheartstudy.org/frs-risk-functions/cardiovascular-disease-30-year-risk/

134

A sentença correta é: "Se uma ou mais das seguintes situações, já considere paciente como de alto RCV (RCV 20%), **investigue se tem fatores de RCV (passo 2) e maneje →136 (não é necessário calcular o RCV):**"

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 141

Continue avaliando paciente com diabetes

RAC (relação albumina/creatinina urinária)	No diagnóstico e, se não usa IEC/BR/A ² , também anual	• Se > 30 mg/g, solicite PU e urocultura para excluir ITU/outras alterações (se PU com hemácias/leucócitos/outras alterações, discuta) e repita RAC duas vezes (em 3 e 6 meses). Se ≥ 2 exames com resultado > 30 mg/g, diagnostique nefropatia diabética e trate como abaixo.
Creatinina (calcule TFGe, use calculadora CKD-EPI 2021)	• No diagnóstico e anual • Se TFGe < 60: cada 3-6 meses • Se > 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar IEC/BR/A ²	• Se TFGe < 60, solicite PU (se PU com hemácias/leucócitos/outras alterações, discuta), repita creatinina (TFGe) em 3 meses e discuta /encaminhe para considerar nefropatia diabética/doença renal crônica . • Se TFGe < 30, discuta /encaminhe com prioridade, não inicie/ pare metformina e considere não iniciar/ para IEC/BR/A ² , se havia sido indicado. • Se TFGe com diminuição de > 30% entre medidas: repita creatinina em 2 semanas e insira para considerar parar IEC/BR/A ² , se em uso.
Potássio sérico	Se usa IEC/BR/A ² anual e, se > 75 anos, 2 semanas após iniciar/aumentar IEC/BR/A ²	• Se potássio ≥ 5,5, pare IEC/BR/A ² e discuta . • Se potássio entre 5,0 e 5,4: repita/ confirme imediatamente e discuta para reduzir dose de IEC/BR/A ² .
RCV	1ª consulta e conforme resultado	• Solicite CT, HDL e TG e avalie RCV ≥ 134 . Reavale/hepta conforme RCV (< 10%, em 5 anos; 10-20%, em 1 ano; ≥ 20%, em 6 meses) e, se usa estatina, antes e 3 meses após iniciar/trocar, então anual. Interprete/maneje resultados \rightarrow 136.

Aconselhe paciente com diabetes

- Orientar evitar açúcar e mel, usar adoçante artificial; reduzir carboidratos (arroz, macarrão, pão, batatas, outros); fazer refeições regularmente; perder peso; e parar de fumar. Se fuma, motive parar \rightarrow 153.
- Ajude paciente a manejar seu RCV \rightarrow 136. Explique importância da adesão. Se má adesão \rightarrow 18.
- Assegure-se de que paciente consegue reconhecer e manejar hipoglicemia (glicose < 70mg/dL, tremores, sudorese, palpitações, fraqueza, fome).
- Orientar beber água com açúcar ou comer um doce/sanduíche. Carregar sempre algum doce. Evitar dirigir. Se convulsões/coma, esfregar açúcar dentro da boca.
- Identifique e maneje a causa: aumento de exercícios, esquece refeições, uso inapropriado de medicamentos hipoglicemiantes/insulina, uso de álcool, infecções.
- Eduque paciente a cuidar de seus pés para prevenir úlceras e amputações \rightarrow 84. Se usa/iniciando insulina, eduque sobre como usá-la \rightarrow 142.

Trate paciente com diabetes

- Prescreva vacina pneumocócica 23-v (2 doses em zero e 5 anos), influenza anual e COVID conforme recomendação vigente.
- Se **tem DCV** (IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica), prescreva para **prevenção 2ª**: simvastatina³ 40mg/noite e AAS⁴ 100mg ao dia com comida (se alergia, dê clopidogrel⁵ 75mg ao dia). Almeje LDL ≤ 77 ou não-HDL⁶ ≤ 100 . Avalie/reavale RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento \rightarrow 136.
- Se **não tem DCV mas tem alto RCV/RCV $\geq 20\%$** , ajude paciente decidir sobre uso de estatinas⁷ para **prevenção 1ª** \rightarrow 136. Se usa estatina⁷: almeje reduzir não-HDL⁶ basal > 40%. Avalie/reavale RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento \rightarrow 136.
- Se **nefropatia diabética** e não usa IEC/BR/A²: prescreva enalapril 5mg ao dia (independente da PA), **aumente** 5mg/mês até 20mg ao dia ou até dose tolerada (não aumente/diminua se PAS < 100). Se enalapril não tolerado, prescreva ao invés losartana 25mg ao dia e aumente para 50mg ao dia após 1 mês (não aumente/diminua se PAS < 100). Não prescreva ambos se angioedema prévio ou gestação.
- Inicie medicamentos para baixar glicose seguindo os passos da tabela na próxima página.
- Se HbA_{1c} > 10% ou glicemia de jejum ≥ 300 mg/dL, **discuta** para considerar iniciar com insulina. Insulina (passo 4) com ou sem outros medicamentos \rightarrow 142.
- Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses com medicamento(s) na dose máxima (ou tolerada), adicione medicamento conforme próximo passo. Sempre confirme adesão antes de intensificar tratamento.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
1	Metformina (MTF)	850-1.000mg cada 12 horas (1.700-2.000mg ao dia)	2.550mg ao dia, dividido em 2-3 doses	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado se TFGe 30-45mL/min ou creatinina > 1,5mg/dL, discuta. Não prescreva se TFGe < 30. Inicie metformina 850mg uma vez ao dia, com café da manhã. Após 2 semanas aumente para 850mg 2 vezes ao dia, com café da manhã e jantar. Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses e boa adesão, aumente para 850mg 3 vezes ao dia, com café da manhã, almoço e jantar. Pode causar náuseas, diarreia, cólica abdominal/gases; oriente que são autolimitados e não deve parar metformina. Se efeitos colaterais intoleráveis, aumente mais gradualmente ou considere metformina de ação prolongada (500mg). Inicie com 500mg uma vez ao dia, tomar com café da manhã. Cada 2 semanas, aumente para 500mg 2 vezes ao dia até 1.000mg 2 vezes ao dia (ou dose máxima tolerada), tomar com café da manhã e jantar. Se intolerância persistir, discuta para considerar parar metformina e seguir para passo 2. Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses com boa adesão e usa MTF em dose máxima/ tolerada, mantenha MTF e adicione glibenclâmidia ou glicazida (passo 2).

Continue tratando paciente com diabetes \rightarrow 142.

³Pode também solicitar como microlalbumina na urina – amostra isolada. ⁴IECA: como enalapril ou captopril. BR: como losartana. ⁵Não prescreva simvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés atorvastatina ou pravastatina. Se usa anidropino, dê simvastatina 20mg ao invés de 40mg; se já usa 40mg, mantenha e **discuta**. Não prescreva simvastatina/outra estatina se gestante. ⁶Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dislipemia, > 65 anos, uso de AINEs, corticóide, varfarina. ⁷Coletado não-HDL (não-HDL) = colesterol total menos HDL. ⁸Estatina: simvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. Não prescreva se gestante.

Cor do medicamento 'metformina de ação prolongada' está incorretamente em laranja.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 141

Continue avaliando paciente com diabetes

RAC (relação albumina/creatinina urinária)	No diagnóstico e, se não usa IEC/BR/A ² , também anual	• Se > 30 mg/g, solicite PU e urocultura para excluir ITU/outras alterações (se PU com hemácias/leucócitos/outras alterações, discuta) e repita RAC duas vezes (em 3 e 6 meses). Se ≥ 2 exames com resultado > 30 mg/g, diagnostique nefropatia diabética e trate como abaixo.
Creatinina (calcule TFGe, use calculadora CKD-EPI 2021)	• No diagnóstico e anual • Se TFGe < 60: cada 3-6 meses • Se > 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar IEC/BR/A ²	• Se TFGe < 60, solicite PU (se PU com hemácias/leucócitos/outras alterações, discuta), repita creatinina (TFGe) em 3 meses e discuta /encaminhe para considerar nefropatia diabética/doença renal crônica . • Se TFGe < 30, discuta /encaminhe com prioridade, não inicie/ pare metformina e considere não iniciar/ para IEC/BR/A ² , se havia sido indicado. • Se TFGe com diminuição de > 30% entre medidas: repita creatinina em 2 semanas e discuta para considerar parar IEC/BR/A ² , se em uso.
Potássio sérico	Se usa IEC/BR/A ² anual e, se > 75 anos, 2 semanas após iniciar/aumentar IEC/BR/A ²	• Se potássio ≥ 5,5, pare IEC/BR/A ² e discuta . • Se potássio entre 5,0 e 5,4: repita/ confirme imediatamente e discuta para reduzir dose de IEC/BR/A ² .
RCV	1ª consulta e conforme resultado	• Solicite CT, HDL e TG e avalie RCV ≥ 134 . Reavale/reavale conforme RCV (< 10%, em 5 anos; 10-20%, em 1 ano; ≥ 20%, em 6 meses) e, se usa estatina, antes e 3 meses após iniciar/trocar, então anual. Interprete/maneje resultados \rightarrow 136.

Aconselhe paciente com diabetes

- Orientar evitar açúcar e mel, usar adoçante artificial; reduzir carboidratos (arroz, macarrão, pão, batatas, outros); fazer refeições regularmente; perder peso; e parar de fumar. Se fuma, motive parar \rightarrow 153.
- Ajude paciente a manejar seu RCV \rightarrow 136. Explique importância da adesão. Se má adesão \rightarrow 18.
- Assegure-se de que paciente consegue reconhecer e manejar hipoglicemia (glicose < 70mg/dL, tremores, sudorese, palpitações, fraqueza, fome).
- Orientar beber água com açúcar ou comer um doce/sanduíche. Carregar sempre algum doce. Evitar dirigir. Se convulsões/coma, esfregar açúcar dentro da boca.
- Identifique e maneje a causa: aumento de exercícios, esquece refeições, uso inapropriado de medicamentos hipoglicemiantes/insulina, uso de álcool, infecções.
- Eduque paciente a cuidar de seus pés para prevenir úlceras e amputações \rightarrow 84. Se usa/iniciando insulina, eduque sobre como usá-la \rightarrow 142.

Trate paciente com diabetes

- Prescreva vacina pneumocócica 23-v (2 doses em zero e 5 anos), influenza anual e COVID conforme recomendação vigente.
- Se **tem DCV** (IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica), prescreva para **prevenção 2ª**: simvastatina³ 40mg/noite e AAS⁴ 100mg ao dia com comida (se alergia, dê clopidogrel⁵ 75mg ao dia). Almeje LDL ≤ 77 ou não-HDL⁶ ≤ 100 . Avalie/reavale RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento \rightarrow 136.
- Se **não tem DCV mas tem alto RCV/RCV $\geq 20\%$** , ajude paciente decidir sobre uso de estatinas⁷ para **prevenção 1ª** \rightarrow 136. Se usa estatina⁷: almeje reduzir não-HDL⁶ basal > 40%. Avalie/reavale RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento \rightarrow 136.
- Se **nefropatia diabética** e não usa IEC/BR/A²: prescreva enalapril 5mg ao dia (independente da PA), **aumente** 5mg/mês até 20mg ao dia ou até dose tolerada (não aumente/diminua se PAS < 100). Se enalapril não tolerado, prescreva ao invés losartana 25mg ao dia e aumente para 50mg ao dia após 1 mês (não aumente/diminua se PAS < 100). Não prescreva ambos se angioedema prévio ou gestação.
- Inicie medicamentos para baixar glicose seguindo os passos da tabela na próxima página.
- Se HbA_{1c} > 10% ou glicemia de jejum ≥ 300 mg/dL, **discuta** para considerar iniciar com insulina. Insulina (passo 4) com ou sem outros medicamentos \rightarrow 142.
- Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses com medicamento(s) na dose máxima (ou tolerada), adicione medicamento conforme próximo passo. Sempre confirme adesão antes de intensificar tratamento.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
1	Metformina (MTF)	850-1.000mg cada 12 horas (1.700-2.000mg ao dia)	2.550mg ao dia, dividido em 2-3 doses	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado se TFGe 30-45mL/min ou creatinina > 1,5mg/dL, discuta. Não prescreva se TFGe < 30. Inicie metformina 850mg uma vez ao dia, com café da manhã. Após 2 semanas aumente para 850mg 2 vezes ao dia, com café da manhã e jantar. Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses e boa adesão, aumente para 850mg 3 vezes ao dia, com café da manhã, almoço e jantar. Pode causar náuseas, diarreia, cólica abdominal/gases; oriente que são autolimitados e não deve parar metformina. Se efeitos colaterais intoleráveis, aumente mais gradualmente ou considere metformina de ação prolongada (500mg). Inicie com 500mg uma vez ao dia, tomar com café da manhã. Cada 2 semanas, aumente para 500mg 2 vezes ao dia até 1.000mg 2 vezes ao dia (ou dose máxima tolerada), tomar com café da manhã e jantar. Se intolerância persistir, discuta para considerar parar metformina e seguir para passo 2. Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses com boa adesão e usa MTF em dose máxima/ tolerada, mantenha MTF e adicione glibenclâmidia ou glicazida (passo 2).

Continue tratando paciente com diabetes \rightarrow 142.

³Pode também solicitar como microlalbumina na urina – amostra isolada. ⁴IECA: como enalapril ou captopril. BR: como losartana. ⁵Não prescreva simvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés atorvastatina ou pravastatina. Se usa anidropino, dê simvastatina 20mg ao invés de 40mg; se já usa 40mg, mantenha e **discuta**. Não prescreva simvastatina/outra estatina se gestante. ⁶Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dislipemia, > 65 anos, uso de AINEs, corticóide, varfarina. ⁷Coletado não-HDL (não-HDL) = colesterol total menos HDL. ⁸Estatina: simvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. Não prescreva se gestante.

Cor correta do medicamento 'metformina de ação prolongada' é em azul (pode ser prescrita inicialmente somente por médicos e pode ser renovada por enfermeiros).

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 51

Dor no peito

Atenda com urgência paciente com dor no peito e um ou mais dos seguintes:

- FR ≥ 30 ou SaO2 < 90% ou falta de ar
- PA ≥ 180/120 ou PAS < 90
- Pulso irregular, FC > 100 ou < 50
- Dor intensa
- Dor nova ou desconforto em lado esquerdo/central do peito
- Dor irradiada para pescoço, mandíbula, ombro(s) ou braço(s)
- Náusea ou vômitos
- Palidez ou sudorese
- Doença cardíaca isquêmica conhecida
- Em risco de ataque cardíaco/IAM (DM, tabagismo, homem ≥ 55 anos ou mulher ≥ 65 anos, HAS, dislipidemia, alto RCV, história familiar)
- Dor/inchaço na panturrilha ou coxa

Faça ECG (se disponível)

ECG não disponível ou ECG normal/outras anormalidades ou incerto

A dor no peito piora ao deitar, na respiração profunda ou à palpação (reproduzível à palpação)?

Não: Considere doença cardíaca isquêmica → 149.

Sim: considere pleurite ou pericardite ou costondrite

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se FR ≥ 30 ou SaO2 < 90%, aplique oxigênio 1-6L/min via cânula para manter SaO2 entre 90-96%.
- Se falta de ar súbita, ruidos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor num dos lados, desvio de traquéia, provável pneumotórax hipertensivo: insira cateter calibre 14 acima da 3ª costela na linha médio clavicular. Contate SAMU 192 e providencie dreno torácico.
- Se PAS < 90, aplique cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se PA ≥ 180/120, discuta com especialista a necessidade de tratamento urgente.

Abordagem do paciente com dor no peito que não necessita de atenção urgente

- Se dor no peito central recorrente, desencadeada por esforço e que alivia ao repouso, considere doença cardíaca isquêmica → 149.
- Se tosse, febre ou dor na respiração profunda → 52.
- Pergunte sobre localização da dor e sintomas associados:

Dor retroesternal ou epigástrica piora com a alimentação, fome ou deitado/inclinado para a frente

Provável dispêpsia/azia

- Orientar evitar café/bebida com gás, alimento gorduroso, condimentado ou ácido e, se sintomas noturnos, elevar cabeceira da cama e evitar comer tarde da noite.
- Parar AINEs e discutir sobre parar AAS. Se fuma tabaco → 153. Se bebe álcool ≥ 4 doses/sessão → 152.
- Avalie e maneje o estresse → 105. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV → 134.
- Prescreva omeprazol 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se baixa resposta, aumente para 40mg ao dia. Considere hidróxido de alumínio 60mg/mL 10mL (2 colheres de chá) 3-6 vezes/dia se necessário. Se sem resposta após 8 semanas, discuta e considere investigar/tratar H Pylori.
- Se ≥ 60 anos, perda de peso inexplicada, dor/dificuldade progressiva de engolir, sangue nas fezes, massa abdominal ou vômitos persistentes/com sangue, em investigação de anemia ou de sangue oculto em fezes, infundopatia, pai/mãe/irmão com câncer de esôfago/estômago: solicite EDA e interprete.

Se nenhuma das acima, considere ansiedade/pânico, avalie e maneje estresse → 105. Se não melhorar ou dúvidas, discuta/encaminhe.

Sensibilidade à palpação da junção costocostal: sem febre ou tosse

Provável problema musculoesquelético

- Prescreva ibuprofeno* 300-600mg a cada 6 horas por até 10 dias.
- Discuta se a dor persistir > 4 semanas.

Dor em queimação unilateral por 1-2 dias com ou sem lesões de pele

Provável herpes zoster → 86.

Se dor no peito que não é em aperto ou opressiva, é bem localizada, reproduzível à palpação e sem outros sinais/síntomas do quadro vermelho, discuta para considerar problema musculoesquelético (maneje como no algoritmo). *Uma dose é 50mL (um copinho) de destilado, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. *Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere omeprazol 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispêpsia, úlcera péptica prévia, uso AAS, corticoides, abuso de álcool.

51



A orientação de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' 'cada 8 horas' está inconsistente pois foi modificada para alinhamento geral no guia para 'cada 6 horas'.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 51

Dor no peito

Atenda com urgência paciente com dor no peito e um ou mais dos seguintes:

- FR ≥ 30 ou SaO2 < 90% ou falta de ar
- PA ≥ 180/120 ou PAS < 90
- Pulso irregular, FC > 100 ou < 50
- Dor intensa
- Dor nova ou desconforto em lado esquerdo/central do peito
- Dor irradiada para pescoço, mandíbula, ombro(s) ou braço(s)
- Náusea ou vômitos
- Palidez ou sudorese
- Doença cardíaca isquêmica conhecida
- Em risco de ataque cardíaco/IAM (DM, tabagismo, homem ≥ 55 anos ou mulher ≥ 65 anos, HAS, dislipidemia, alto RCV, história familiar)
- Dor/inchaço na panturrilha ou coxa

Faça ECG (se disponível)

ECG não disponível ou ECG normal/outras anormalidades ou incerto

A dor no peito piora ao deitar, na respiração profunda ou à palpação (reproduzível à palpação)?

Não: Considere doença cardíaca isquêmica → 149.

Sim: considere pleurite ou pericardite ou costondrite

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se FR ≥ 30 ou SaO2 < 90%, aplique oxigênio 1-6L/min via cânula para manter SaO2 entre 90-96%.
- Se falta de ar súbita, ruidos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor num dos lados, desvio de traquéia, provável pneumotórax hipertensivo: insira cateter calibre 14 acima da 3ª costela na linha médio clavicular. Contate SAMU 192 e providencie dreno torácico.
- Se PAS < 90, aplique cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se PA ≥ 180/120, discuta com especialista a necessidade de tratamento urgente.

Abordagem do paciente com dor no peito que não necessita de atenção urgente

- Se dor no peito central recorrente, desencadeada por esforço e que alivia ao repouso, considere doença cardíaca isquêmica → 149.
- Se tosse, febre ou dor na respiração profunda → 52.
- Pergunte sobre localização da dor e sintomas associados:

Dor retroesternal ou epigástrica piora com a alimentação, fome ou deitado/inclinado para a frente

Provável dispêpsia/azia

- Orientar evitar café/bebida com gás, alimento gorduroso, condimentado ou ácido e, se sintomas noturnos, elevar cabeceira da cama e evitar comer tarde da noite.
- Parar AINEs e discutir sobre parar AAS. Se fuma tabaco → 153. Se bebe álcool ≥ 4 doses/sessão → 152.
- Avalie e maneje o estresse → 105. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV → 134.
- Prescreva omeprazol 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se baixa resposta, aumente para 40mg ao dia. Considere hidróxido de alumínio 60mg/mL 10mL (2 colheres de chá) 3-6 vezes/dia se necessário. Se sem resposta após 8 semanas, discuta e considere investigar/tratar H Pylori.
- Se ≥ 60 anos, perda de peso inexplicada, dor/dificuldade progressiva de engolir, sangue nas fezes, massa abdominal ou vômitos persistentes/com sangue, em investigação de anemia ou de sangue oculto em fezes, infundopatia, pai/mãe/irmão com câncer de esôfago/estômago: solicite EDA e interprete.

Se nenhuma das acima, considere ansiedade/pânico, avalie e maneje estresse → 105. Se não melhorar ou dúvidas, discuta/encaminhe.

Sensibilidade à palpação da junção costocostal: sem febre ou tosse

Provável problema musculoesquelético

- Prescreva ibuprofeno* 300-600mg a cada 6 horas por até 10 dias.
- Discuta se a dor persistir > 4 semanas.

Dor em queimação unilateral por 1-2 dias com ou sem lesões de pele

Provável herpes zoster → 86.

Se dor no peito que não é em aperto ou opressiva, é bem localizada, reproduzível à palpação e sem outros sinais/síntomas do quadro vermelho, discuta para considerar problema musculoesquelético (maneje como no algoritmo). *Uma dose é 50mL (um copinho) de destilado, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. *Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere omeprazol 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispêpsia, úlcera péptica prévia, uso AAS, corticoides, abuso de álcool.

51



A orientação padronizada de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' é 'cada 6 horas'.

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 65

Sintomas anais

Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Nódulo extremamente dolorido no ânus
- Incapaz de defecar devido sintomas anais
- Saída de sangue em grande quantidade ou com coágulos
- Protusão do reto pelo ânus

Discuta/encaminhe no mesmo dia.

Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Pergunte sobre prática sexual anal receptiva desprotegida, dor anal, sangramento, corrimento e coceira/irritação anal. Então examine ânus e maneje abaixo de acordo com o problema.
- Se tem prática sexual anal, também pergunte sobre sintomas genitais 66.

Cocceia	Sangramento	Dor	Massa/nodulação	Úlcera(s) 66	Corrimento
<ul style="list-style-type: none">Se suspeita clínica de verminose:<ul style="list-style-type: none">Solicite exame parasitológico de fezes e cultura/antibiograma e considere já tratar.Se eliminação de vermes:<ul style="list-style-type: none">Se tênia/segmentos, discuta opções de tratamento.Se outro parasita/incerto, dê albendazol¹ 400mg, repita em 14 dias. Trate familiares junto.Eduque higiene pessoal².Se pele vermelha/cruenta:<ul style="list-style-type: none">Procure causas: sabonete, perfume, comida apimentada, tomate, café, cítricos, cerveja e laticínios podem causar cocceia. Considere escabiose 72 ou diarreia 263.Orienta banho de asento, aplicar óleo mineral, evitar limpeza excessiva, roupas apertadas e coçar ânus.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas por 5 dias.	<ul style="list-style-type: none">Se dor pior ao evacuar e nódulo/pilcoma: provável hemorroidas<ul style="list-style-type: none">Maneje constipação 264.Orienta evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias.Se dor, dê lidocaina 2% gel cada 12 horas. Sem melhora, dê ibuprofeno³ 300-600mg cada 8 horas até 4 dias.Se sem melhora, irreduzível ou trombosada, discuta/encaminhe.Se dor aguda intensa ao evacuar: procure fisuras<ul style="list-style-type: none">Maneje constipação 264.Orienta evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias.Dê lidocaina 2% gel antes/após evacuar.Se sem melhora, discuta.Se um ou mais dos seguintes e sem outra causa explicável, discuta e solicite colonoscopia com prioridade: dor abdominal, mudança no hábito intestinal, fezes enegrecidas, anemia ou perda de peso.Faça toque retal, procure massas e causa de sangramento. Se não identificar, discuta/encaminhe.	<ul style="list-style-type: none">Se dor aguda intensa ao evacuar: procure fisuras<ul style="list-style-type: none">Maneje constipação 264.Orienta evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias.Dê lidocaina 2% gel antes/após evacuar.Se sem melhora, discuta.Se dor aguda intensa ao evacuar: procure fisuras<ul style="list-style-type: none">Maneje constipação 264.Orienta evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias.Dê lidocaina 2% gel antes/após evacuar.Se sem melhora, discuta.Se um ou mais dos seguintes e sem outra causa explicável, discuta e solicite colonoscopia com prioridade: dor abdominal, mudança no hábito intestinal, fezes enegrecidas, anemia ou perda de peso.Faça toque retal, procure massas e causa de sangramento. Se não identificar, discuta/encaminhe.	<ul style="list-style-type: none">Se massa flutuante (pode ter saída de secreção): provável abscesso<ul style="list-style-type: none">Discuta/encaminhe mesmo dia para considerar drenar.Se recorrência com saída de secreção ou presença de orifício/trajeto palpável, considere fístula, discuta e encaminhe.Se verrugas 66, Se dor pior ao evacuar e nódulo ou pilcoma com ou sem sangramento, maneje como hemorroidas (ao lado).	<ul style="list-style-type: none">Se massa flutuante, maneje como abscesso (ao lado).Se prática sexual anal receptiva e dor/ desconforto, sangue e/ou corrimento/pus anal/retal ou nas fezes, provável proctite<ul style="list-style-type: none">Dê ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g VO dose única para paciente/parceiras últimos 60 dias. Se não melhorar em 7 dias, discuta.	<ul style="list-style-type: none">Se massa flutuante, maneje como abscesso (ao lado).Se prática sexual anal receptiva e dor/ desconforto, sangue e/ou corrimento/pus anal/retal ou nas fezes, provável proctite<ul style="list-style-type: none">Dê ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g VO dose única para paciente/parceiras últimos 60 dias. Se não melhorar em 7 dias, discuta.

*Sangramento básico precário, cocceia pior à noite, pode ter também dor abdominal. ¹Se gestante, **discuta** opções de tratamento. ²Usar sapatos, lavar as mãos com frequência e enxaguar/cozinhar bem alimentos.

65



A orientação de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' 'cada 8 horas' está inconsistente pois foi modificada para alinhamento geral no guia para 'cada 6 horas'.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 65

Sintomas anais

Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Nódulo extremamente dolorido no ânus
- Incapaz de defecar devido sintomas anais
- Saída de sangue em grande quantidade ou com coágulos
- Protusão do reto pelo ânus

Discuta/encaminhe no mesmo dia.

Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Pergunte sobre prática sexual anal receptiva desprotegida, dor anal, sangramento, corrimento e coceira/irritação anal. Então examine ânus e maneje abaixo de acordo com o problema.
- Se tem prática sexual anal, também pergunte sobre sintomas genitais 66.

Cocceia	Sangramento	Dor	Massa/nodulação	Úlcera(s) 66	Corrimento
<ul style="list-style-type: none">Se suspeita clínica de verminose:<ul style="list-style-type: none">Solicite exame parasitológico de fezes e cultura/antibiograma e considere já tratar.Se eliminação de vermes:<ul style="list-style-type: none">Se tênia/segmentos, discuta opções de tratamento.Se outro parasita/incerto, dê albendazol¹ 400mg, repita em 14 dias. Trate familiares junto.Eduque higiene pessoal².Se pele vermelha/cruenta:<ul style="list-style-type: none">Procure causas: sabonete, perfume, comida apimentada, tomate, café, cítricos, cerveja e laticínios podem causar cocceia. Considere escabiose 72 ou diarreia 263.Orienta banho de asento, aplicar óleo mineral, evitar limpeza excessiva, roupas apertadas e coçar ânus.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas por 5 dias.	<ul style="list-style-type: none">Se dor pior ao evacuar e nódulo/pilcoma: provável hemorroidas<ul style="list-style-type: none">Maneje constipação 264.Orienta evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias.Se dor, dê lidocaina 2% gel cada 12 horas. Sem melhora, dê ibuprofeno³ 300-600mg cada 6 horas até 5 dias.Se sem melhora, irreduzível ou trombosada, discuta/encaminhe.Se dor aguda intensa ao evacuar: procure fisuras<ul style="list-style-type: none">Maneje constipação 264.Orienta evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias.Dê lidocaina 2% gel antes/após evacuar.Se sem melhora, discuta.Se um ou mais dos seguintes e sem outra causa explicável, discuta e solicite colonoscopia com prioridade: dor abdominal, mudança no hábito intestinal, fezes enegrecidas, anemia ou perda de peso.Faça toque retal, procure massas e causa de sangramento. Se não identificar, discuta/encaminhe.	<ul style="list-style-type: none">Se dor aguda intensa ao evacuar: procure fisuras<ul style="list-style-type: none">Maneje constipação 264.Orienta evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias.Dê lidocaina 2% gel antes/após evacuar.Se sem melhora, discuta.Se dor aguda intensa ao evacuar: procure fisuras<ul style="list-style-type: none">Maneje constipação 264.Orienta evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia.Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias.Dê lidocaina 2% gel antes/após evacuar.Se sem melhora, discuta.Se um ou mais dos seguintes e sem outra causa explicável, discuta e solicite colonoscopia com prioridade: dor abdominal, mudança no hábito intestinal, fezes enegrecidas, anemia ou perda de peso.Faça toque retal, procure massas e causa de sangramento. Se não identificar, discuta/encaminhe.	<ul style="list-style-type: none">Se massa flutuante (pode ter saída de secreção): provável abscesso<ul style="list-style-type: none">Discuta/encaminhe mesmo dia para considerar drenar.Se recorrência com saída de secreção ou presença de orifício/trajeto palpável, considere fístula, discuta e encaminhe.Se verrugas 66, Se dor pior ao evacuar e nódulo ou pilcoma com ou sem sangramento, maneje como hemorroidas (ao lado).	<ul style="list-style-type: none">Se massa flutuante, maneje como abscesso (ao lado).Se prática sexual anal receptiva e dor/ desconforto, sangue e/ou corrimento/pus anal/retal ou nas fezes, provável proctite<ul style="list-style-type: none">Dê ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g VO dose única para paciente/parceiras últimos 60 dias. Se não melhorar em 7 dias, discuta.	<ul style="list-style-type: none">Se massa flutuante, maneje como abscesso (ao lado).Se prática sexual anal receptiva e dor/ desconforto, sangue e/ou corrimento/pus anal/retal ou nas fezes, provável proctite<ul style="list-style-type: none">Dê ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g VO dose única para paciente/parceiras últimos 60 dias. Se não melhorar em 7 dias, discuta.

*Sangramento básico precário, cocceia pior à noite, pode ter também dor abdominal. ¹Se gestante, **discuta** opções de tratamento. ²Usar sapatos, lavar as mãos com frequência e enxaguar/cozinhar bem alimentos.

65



A orientação padronizada de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' é 'cada 6 horas'.

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 65

Sintomas anais

Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Nódulo extremamente dolorido no ânus
- Incapaz de defecar devido sintomas anais
- Saída de sangue em grande quantidade ou com coágulos
- Protusão do reto pelo ânus

Discuta/encaminhe no mesmo dia.

Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Pergunte sobre prática sexual anal receptiva desprotegida, dor anal, sangramento, corrimento e coceira/irritação anal. Então examine ânus e maneje abaixo de acordo com o problema.
- Se tem prática sexual anal, também pergunte sobre sintomas genitais 66.

Coclea	Sangramento	Dor	Massa/nodulação	Úlcera(s) 66.	Corrimento
<ul style="list-style-type: none"> Se suspeita clínica de verminose: Solicite exame parasitológico de fezes e cultura/antibiograma e considere já tratar. Se eliminação de vermes: Se têm/segmentos, discuta opções de tratamento. Se outro parasita/incerto, dê albendazol¹ 400mg, repita em 14 dias. Trate familiares junto. Eduque higiene pessoal². Se pele vermelha/cruenta: Procure causas: sabonete, perfume, comida apimentada, tomate, café, cítricos, cereja e laticínios podem causar coclea. Considere escabiose 72 ou diarreia 63. Oriente banho de asento, aplicar óleo mineral, evitar limpeza excessiva, roupas apertadas e coçar ânus. Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas por 5 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> Se dor pior ao evacuar e nódulo/pilcoma: provável hemorroidas Maneje constipação 64. Oriente evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia. Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias. Se dor, dê lidocaina 2% gel cada 12 horas. Sem melhora, dê ibuprofeno³ 300-600mg cada 8 horas até 5 dias. Se sem melhora, irredutível ou trombosada, discuta/encaminhe. 	<ul style="list-style-type: none"> Se dor aguda intensa ao evacuar: procure fisuras Maneje constipação 64. Oriente evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia. Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias. Dê lidocaina 2% gel antes/após evacuar. Se sem melhora, discuta. 	<ul style="list-style-type: none"> Se massa flutuante (pode ter saída de secreção): provável abscesso Discuta/encaminhe mesmo dia para considerar drenar. Se recorrência com saída de secreção ou presença de orifício/trajeto palpável, considere fístula, discuta e encaminhe. 	<ul style="list-style-type: none"> Se verrugas 66. Se dor pior ao evacuar e nódulo ou pilcoma com ou sem sangramento, maneje como hemorroidas (ao lado). 	<ul style="list-style-type: none"> Se massa flutuante, maneje como abscesso (ao lado). Se prática sexual anal receptiva e dor/desconforto, sangue e/ou corrimento/pus anal/retal ou nas fezes, provável proctite Dê ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g VO dose única para paciente/parceiras últimos 60 dias. Se não melhorar em 7 dias, discuta.

*Sangramento básico precário, coclea pior à noite, pode ter também dor abdominal. ¹Se gestante, **discuta** opções de tratamento. ²Usar sapatos, lavar as mãos com frequência e enxaguar/cozinhar bem alimentos.

A orientação de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' 'cada 8 horas' está inconsistente pois foi modificada para alinhamento geral no guia para 'cada 6 horas'.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 65

Sintomas anais

Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Nódulo extremamente dolorido no ânus
- Incapaz de defecar devido sintomas anais
- Saída de sangue em grande quantidade ou com coágulos
- Protusão do reto pelo ânus

Discuta/encaminhe no mesmo dia.

Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Pergunte sobre prática sexual anal receptiva desprotegida, dor anal, sangramento, corrimento e coceira/irritação anal. Então examine ânus e maneje abaixo de acordo com o problema.
- Se tem prática sexual anal, também pergunte sobre sintomas genitais 66.

Coclea	Sangramento	Dor	Massa/nodulação	Úlcera(s) 66.	Corrimento
<ul style="list-style-type: none"> Se suspeita clínica de verminose: Solicite exame parasitológico de fezes e cultura/antibiograma e considere já tratar. Se eliminação de vermes: Se têm/segmentos, discuta opções de tratamento. Se outro parasita/incerto, dê albendazol¹ 400mg, repita em 14 dias. Trate familiares junto. Eduque higiene pessoal². Se pele vermelha/cruenta: Procure causas: sabonete, perfume, comida apimentada, tomate, café, cítricos, cereja e laticínios podem causar coclea. Considere escabiose 72 ou diarreia 63. Oriente banho de asento, aplicar óleo mineral, evitar limpeza excessiva, roupas apertadas e coçar ânus. Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas por 5 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> Se dor pior ao evacuar e nódulo/pilcoma: provável hemorroidas Maneje constipação 64. Oriente evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia. Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias. Se dor, dê lidocaina 2% gel cada 12 horas. Sem melhora, dê ibuprofeno³ 300-600mg cada 6 horas até 5 dias. Se sem melhora, irredutível ou trombosada, discuta/encaminhe. 	<ul style="list-style-type: none"> Se dor aguda intensa ao evacuar: procure fisuras Maneje constipação 64. Oriente evitar esforço ao evacuar e banho de asento com água morna 2-3x/dia. Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias. Dê lidocaina 2% gel antes/após evacuar. Se sem melhora, discuta. 	<ul style="list-style-type: none"> Se massa flutuante (pode ter saída de secreção): provável abscesso Discuta/encaminhe mesmo dia para considerar drenar. Se recorrência com saída de secreção ou presença de orifício/trajeto palpável, considere fístula, discuta e encaminhe. 	<ul style="list-style-type: none"> Se verrugas 66. Se dor pior ao evacuar e nódulo ou pilcoma com ou sem sangramento, maneje como hemorroidas (ao lado). 	<ul style="list-style-type: none"> Se massa flutuante, maneje como abscesso (ao lado). Se prática sexual anal receptiva e dor/desconforto, sangue e/ou corrimento/pus anal/retal ou nas fezes, provável proctite Dê ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g VO dose única para paciente/parceiras últimos 60 dias. Se não melhorar em 7 dias, discuta.

*Sangramento básico precário, coclea pior à noite, pode ter também dor abdominal. ¹Se gestante, **discuta** opções de tratamento. ²Usar sapatos, lavar as mãos com frequência e enxaguar/cozinhar bem alimentos.

A orientação padronizada de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' é 'cada 6 horas'.

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 82

Dor no pescoço

Atenda e encaminhe com urgência paciente com dor no pescoço e um ou mais dos seguintes:

- Se rigidez de nuca/meningismo e ≥ 1 : Tax $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dor de cabeça, sonolência/confusão ou rash purpúrico/avermelhado; provável meningite, aplique **ceftriaxona** 2g IM ou EV.
- Sintomas neurológicos em braços/pernas: fraqueza, dormência, rigidez, alteração na marcha ou dificuldades com a coordenação motora.
- Trauma recente e rx indisponível/anormal ou presença de sintomas neurológicos: imobilize o pescoço com colar cervical rígido e sacos de areia/blocos em ambos os lados da cabeça/pescoço.

Encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente com dor no pescoço que não necessita de atenção urgente

Tem ≥ 1 : dormência/fraqueza nas extremidades/progressiva, perda de peso/febre inexplicada, > 50 anos e dor nova/não explicada, dor moderada-intensa sem melhora > 6 semanas, alteração urinária/intestinal (nova incontinência, nova constipação/alteração inexplicada do hábito intestinal), história de câncer/TB/cirurgia no pescoço, uso de drogas EV, imunossupressão, osteoporose?

Sim para qualquer um

- Solicite **VHS** e **RNM** de coluna cervical ou, se não disponível, **TC de coluna cervical**. Se nem RNM e nem TC disponíveis, solicite **rx de coluna cervical** e discuta.

Não para todos

- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona** 500-1000mg e/ou **ibuprofeno** 300-600mg cada 6 horas se necessário até 7 dias. Se não responder ou dor intensa, adicione **codeína** 30-60mg cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia. Ofereça acupuntura e/ou auriculoterapia, se disponível.
- Se sem melhora após 5 dias e sem dor no braço, considere encaminhar para fisioterapia.
- Se dor > 6 semanas, solicite **rx de coluna cervical** e discuta.

Sintomas nos braços ou mãos

Procure por um problema articular: peça para paciente colocar mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar mão com força e abri-la. Pressionar palmas das mãos com os cotovelos elevados. Se é incapaz de fazer todos os movimentos confortavelmente ou tem articulação quente/dolorida/inchada, provável **problema articular** $\rightarrow 80$.

Atenda com urgência paciente com sintomas nos braços ou mãos e um ou mais:

- Dor no braço com dor no peito $\rightarrow 51$.
- Trauma recente e dor/limitação movimentos: imobilize e encaminhe para rx no mesmo dia. Se mão/braço frio, pálido, pulsos diminuídos ou dormência ou fratura exposta, encaminhe com urgência.
- Início súbito de fraqueza no braço, dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** $\rightarrow 148$.

Abordagem do paciente com sintomas nos braços ou mãos que não necessita de atenção urgente

Dor no ombro	Dor no punho/mão: intermitente, piora à noite, alivia ao sacudir/balançar. Pode ter dormência/formigamento no 1°, 2° e 3° dedos ou fraqueza na mão.	Dor no cotovelo com ou após a flexão/extensão. Pode ter redução da força de preensão.	Dor na base do polegar que piora com movimentação do polegar/punho ou contração/bloqueio do dedo.
Provável dor referida Pergunte sobre dor no pescoço (veja acima), tosse/falta de ar $\rightarrow 52$, dor abdominal $\rightarrow 61$, gravidez $\rightarrow 167$.	Provável síndrome do túnel do carpo • Dê prednisona 20mg/dia por até 14 dias. Considere injeção de corticóide , se disponível. • Aconselhe uso de tala no punho à noite. Se sintomas intensos ou sem melhora em 3 meses, discuta .	Provável epicondilitis medial ou lateral • Oriente aplicar gelo no cotovelo e repousar braço. • Prescreva ibuprofeno 300-600mg cada 8 horas por até 10 dias. • Se não melhorar após 6 semanas ou piorar, discuta .	Provável tenossinovite da mão/punho • Repouso e tala na articulação. • Prescreva ibuprofeno 300-600mg a cada 6 horas por até 10 dias. Considere injeção de corticóide , se disponível. • Se não melhorar após 6 semanas ou piorar, discuta .

*Evite injetar $> 1\text{g IM}$ no mesmo local de aplicação. *Não prescreva se alergia prévia. *Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso AAS, corticóides, abuso de álcool. *Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

82



A orientação de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' 'cada 8 horas' está inconsistente pois foi modificada para alinhamento geral no guia para 'cada 6 horas'.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 82

Dor no pescoço

Atenda e encaminhe com urgência paciente com dor no pescoço e um ou mais dos seguintes:

- Se rigidez de nuca/meningismo e ≥ 1 : Tax $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dor de cabeça, sonolência/confusão ou rash purpúrico/avermelhado; provável meningite, aplique **ceftriaxona** 2g IM ou EV.
- Sintomas neurológicos em braços/pernas: fraqueza, dormência, rigidez, alteração na marcha ou dificuldades com a coordenação motora.
- Trauma recente e rx indisponível/anormal ou presença de sintomas neurológicos: imobilize o pescoço com colar cervical rígido e sacos de areia/blocos em ambos os lados da cabeça/pescoço.

Encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente com dor no pescoço que não necessita de atenção urgente

Tem ≥ 1 : dormência/fraqueza nas extremidades/progressiva, perda de peso/febre inexplicada, > 50 anos e dor nova/não explicada, dor moderada-intensa sem melhora > 6 semanas, alteração urinária/intestinal (nova incontinência, nova constipação/alteração inexplicada do hábito intestinal), história de câncer/TB/cirurgia no pescoço, uso de drogas EV, imunossupressão, osteoporose?

Sim para qualquer um

- Solicite **VHS** e **RNM** de coluna cervical ou, se não disponível, **TC de coluna cervical**. Se nem RNM e nem TC disponíveis, solicite **rx de coluna cervical** e discuta.

Não para todos

- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona** 500-1000mg e/ou **ibuprofeno** 300-600mg cada 6 horas se necessário até 7 dias. Se não responder ou dor intensa, adicione **codeína** 30-60mg cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia. Ofereça acupuntura e/ou auriculoterapia, se disponível.
- Se sem melhora após 5 dias e sem dor no braço, considere encaminhar para fisioterapia.
- Se dor > 6 semanas, solicite **rx de coluna cervical** e discuta.

Sintomas nos braços ou mãos

Procure por um problema articular: peça para paciente colocar mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar mão com força e abri-la. Pressionar palmas das mãos com os cotovelos elevados. Se é incapaz de fazer todos os movimentos confortavelmente ou tem articulação quente/dolorida/inchada, provável **problema articular** $\rightarrow 80$.

Atenda com urgência paciente com sintomas nos braços ou mãos e um ou mais:

- Dor no braço com dor no peito $\rightarrow 51$.
- Trauma recente e dor/limitação movimentos: imobilize e encaminhe para rx no mesmo dia. Se mão/braço frio, pálido, pulsos diminuídos ou dormência ou fratura exposta, encaminhe com urgência.
- Início súbito de fraqueza no braço, dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** $\rightarrow 148$.

Abordagem do paciente com sintomas nos braços ou mãos que não necessita de atenção urgente

Dor no ombro	Dor no punho/mão: intermitente, piora à noite, alivia ao sacudir/balançar. Pode ter dormência/formigamento no 1°, 2° e 3° dedos ou fraqueza na mão.	Dor no cotovelo com ou após a flexão/extensão. Pode ter redução da força de preensão.	Dor na base do polegar que piora com movimentação do polegar/punho ou contração/bloqueio do dedo.
Provável dor referida Pergunte sobre dor no pescoço (veja acima), tosse/falta de ar $\rightarrow 52$, dor abdominal $\rightarrow 61$, gravidez $\rightarrow 167$.	Provável síndrome do túnel do carpo • Dê prednisona 20mg/dia por até 14 dias. Considere injeção de corticóide , se disponível. • Aconselhe uso de tala no punho à noite. Se sintomas intensos ou sem melhora em 3 meses, discuta .	Provável epicondilitis medial ou lateral • Oriente aplicar gelo no cotovelo e repousar braço. • Prescreva ibuprofeno 300-600mg cada 6 horas por até 10 dias. • Se não melhorar após 6 semanas ou piorar, discuta .	Provável tenossinovite da mão/punho • Repouso e tala na articulação. • Prescreva ibuprofeno 300-600mg a cada 6 horas por até 10 dias. Considere injeção de corticóide , se disponível. • Se não melhorar após 6 semanas ou piorar, discuta .

*Evite injetar $> 1\text{g IM}$ no mesmo local de aplicação. *Não prescreva se alergia prévia. *Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso AAS, corticóides, abuso de álcool. *Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

82



A orientação padronizada de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' é 'cada 6 horas'.

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 120

Investigue e maneje os efeitos adversos do tratamento da TB-5

Icterícia	Maioria das drogas	Suspenda todas os medicamentos e discuta/encaminhe no mesmo dia.	Náusea/perda de apetite	Rifampicina	Tomar tratamento junto com desjejum ou à noite. Prescreva metoclopramida 10mg cada 8 horas por até 5 dias. Se vômitos e dor abdominal, discuta e considere solicitar TGP.
Náuseas, vômitos, dor abdominal	Maioria das drogas	<ul style="list-style-type: none"> Solicite TGP e revise resultado em 24h: <ul style="list-style-type: none"> - Se TGP > 100 U/L, suspenda todas os medicamentos e discuta/encaminhe no mesmo dia. - Se TGP 50-99 U/L, discuta para avaliar causas e considerar interromper tratamento e repetir TG em 7 dias. - Se náuseas/vômitos/epigastria: oriente tomar medicamentos à noite ou 2 horas após desjejum. Prescreva metoclopramida 10mg 30 minutos antes de tomar os medicamentos. Discuta outras opções de medicamentos sintomáticos. 	Dor articular	Isoniazida, Pirazinamida	Prescreva ibuprofeno¹ 300mg a cada 8 horas por até 5 dias.
Rash/coceira	Maioria das drogas	Avale e maneje > 85.	Suor/urina avermelhada	Rifampicina	Tranquelize paciente.
Alterações visuais	Etambutol	Suspenda etambutol e discuta/encaminhe no mesmo dia.	Queimação nos pés	Isoniazida	Provável neuropatia periférica : prescreva piridoxina 50mg ao dia, se disponível. Se não melhorar com piridoxina 50mg, discuta para considerar ajustar dose ou outros tratamentos.

Reavale paciente com TB-5 no diagnóstico, após 2 semanas e depois mensalmente por todo o tratamento de TB-5.

¹ Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação. Considere associar omeprazol 20mg em jejum se HAS, diabetes, insuficiência cardíaca, > 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteróides, varfarina, abuso de álcool.

120

A orientação de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' 'cada 8 horas' está inconsistente pois foi modificada para alinhamento geral no guia para 'cada 6 horas'.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 120

Investigue e maneje os efeitos adversos do tratamento da TB-5

Icterícia	Maioria das drogas	Suspenda todas os medicamentos e discuta/encaminhe no mesmo dia.	Náusea/perda de apetite	Rifampicina	Tomar tratamento junto com desjejum ou à noite. Prescreva metoclopramida 10mg cada 8 horas por até 5 dias. Se vômitos e dor abdominal, discuta e considere solicitar TGP.
Náuseas, vômitos, dor abdominal	Maioria das drogas	<ul style="list-style-type: none"> Solicite TGP e revise resultado em 24h: <ul style="list-style-type: none"> - Se TGP > 100 U/L, suspenda todas os medicamentos e discuta/encaminhe no mesmo dia. - Se TGP 50-99 U/L, discuta para avaliar causas e considerar interromper tratamento e repetir TG em 7 dias. - Se náuseas/vômitos/epigastria: oriente tomar medicamentos à noite ou 2 horas após desjejum. Prescreva metoclopramida 10mg 30 minutos antes de tomar os medicamentos. Discuta outras opções de medicamentos sintomáticos. 	Dor articular	Isoniazida, Pirazinamida	Prescreva ibuprofeno¹ 300mg a cada 6 horas por até 5 dias.
Rash/coceira	Maioria das drogas	Avale e maneje > 85.	Suor/urina avermelhada	Rifampicina	Tranquelize paciente.
Alterações visuais	Etambutol	Suspenda etambutol e discuta/encaminhe no mesmo dia.	Queimação nos pés	Isoniazida	Provável neuropatia periférica : prescreva piridoxina 50mg ao dia, se disponível. Se não melhorar com piridoxina 50mg, discuta para considerar ajustar dose ou outros tratamentos.

Reavale paciente com TB-5 no diagnóstico, após 2 semanas e depois mensalmente por todo o tratamento de TB-5.

¹ Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação. Considere associar omeprazol 20mg em jejum se HAS, diabetes, insuficiência cardíaca, > 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteróides, varfarina, abuso de álcool.

120

A orientação padronizada de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' é 'cada 6 horas'.

Errata PACK Brasil Adulto 2025 - versão impressa

INCORRETO - VERSÃO IMPRESSA PÁGINA 166

Trate paciente iniciando ou em uso de contraceptivo
Se paciente em uso de contraceptivo e satisfação com método, verifique se método é ainda adequado. Se iniciando ou mudando contraceptivo, ajude paciente a escolher o método:

Método	Ajude paciente a escolher o método	Instruções de uso	Efeitos adversos
Dispositivo intrauterino (DIU) • DIU de cobre (DIU-Cu)	• Contraceção efetiva a partir da inserção e por 10 anos. • Fertilidade retorna com remoção. • Não insira se cervicite mucopurulenta/DIP atual ou há < 3 meses, sangramento vaginal inexplicado, útero/colo alterado ou se HIV com CD4 < 200 (insira quando CD4 > 200).	• Pode ser inserido a qualquer momento* (ou < 48h ou > 4 semanas pós-parto). • Se dor, dê ibuprofeno 600mg cada 6h até 3 dias.	• Menstruação intensa ou dolorosa: geralmente melhora em 3-6 meses. Para avaliar e manejar → 75. • Se comenimento, retornar para avaliar → 66. • Irritação do pênis da parceria sexual: corte fios mais curtos.
Injeção de progestágeno • Acetato de medroxiprogesterona (ACMP) 150mg IM cada 12 semanas	• Injeção cada 12 semanas. • Fertilidade pode levar até 1 ano após última injeção para normalizar. • Não prescreva se: sangramento vaginal inexplicado; câncer de mama prévio, PA ≥ 160/100, DM com complicações, cardiopatia isquêmica/AVC, doença hepática ativa, osteoporose. Se usa corticoide > 3 meses, discuta .	• Pode iniciar a qualquer momento*. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª aplicação. • Não precisa ajustar intervalo das doses se tratamento com ARVs, para TB ou epilepsia.	• Amenorreia: oriente que é comum. • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar → 75. • Acre: mude para COC ou método não-hormonal. • Dores de cabeça: se intensas, mude para método não-hormonal.
Pílula de progestágeno isolado (PPI) • Noretisterona 35mcg	• Escolha entre os métodos considerando indicação/contraindicação e preferência entre pílula e injeção mensal. Somente prescreva pílula se segurança e motivação para uso diário. • Não prescreva COC/C/PPI se: doença hepática ativa, usa rifampicina/fenitoína/fenobarbital/carbamazepina (se usa outros medicamentos/ARV, verifique interação → 189) ou câncer de mama prévio. • Não prescreva COC/C/PPI se: 6 semanas pós-parto e amamentando, < 21 dias pós-parto, enxaqueca com aura, ≥ 35 anos e fuma tabaco, doença cardíaca/hepática/AVC, TV/embolia pulmonar, DM com complicações ou PA ≥ 160/100. • Pondere riscos/benefício ao prescrever COC/C se: ≥ 35 anos e enxaqueca sem aura, PA ≥ 140/90 ou HAS, entre 6 semanas e 6 meses após parto e amamentando ou RCV ≥ 10%.	• Pode iniciar a qualquer momento*. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª tomada. • Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (não > 3 horas de atraso).	• Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo → 105. • Ganho de peso (menor com pílula de progestágeno isolado).
Contraceptivo oral combinado (COC) • Etinilestradiol/levonorgestrel 30/150mcg	• Não prescreva COC/C se: 6 semanas pós-parto e amamentando, < 21 dias pós-parto, enxaqueca com aura, ≥ 35 anos e fuma tabaco, doença cardíaca/hepática/AVC, TV/embolia pulmonar, DM com complicações ou PA ≥ 160/100. • Pondere riscos/benefício ao prescrever COC/C se: ≥ 35 anos e enxaqueca sem aura, PA ≥ 140/90 ou HAS, entre 6 semanas e 6 meses após parto e amamentando ou RCV ≥ 10%.	• Pode iniciar a qualquer momento*. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª tomada. • Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (tomar 21 dias e parar 7).	• Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar → 75. • Mamas doloridas, náuseas: geralmente melhora em 3 meses. • Dores de cabeça: se enxaqueca e ≥ 35 anos ou com aura, mude para método não-hormonal.
Injetável combinado (IC) • Enantato de Noretisterona/Valerato de Estradiol 50/5mg IM cada 4 semanas	• Considere prescrever noretisterona somente se amamentação exclusiva (menos eficaz se não está em amamentação exclusiva).	• Pode iniciar a qualquer momento*. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª aplicação.	• Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo → 105.
Esterilização • Ligadura tubária/vasectomia	• Contraceção permanente • Procedimento cirúrgico	Solicite exames pré-operatórios, solicite consentimento e encaminhe.	Dor incisional, infecção ou sangramento: discuta ou encaminhe .

Maneje paciente que esqueceu injeções ou pílulas

Injeção atrasada	Pílula de progestágeno isolado esquecida (> 3 horas de atraso)	Pílula de contraceptivo oral combinado esquecida (> 24 horas de atraso)
• Se ≤ 2 semanas (ACMP) ou 1 semana (IC) de atraso: aplique dose. • Se > 2 semanas (ACMP) ou 1 semana (IC) de atraso: - Exclua gravidez. Se gestação → 167. - Se não estiver grávida: aplique dose e oriente preservativo ou abstinência por 7 dias. Se sexo desprotegido há ≤ 5 dias, também ofereça contracepção de emergência → 165.	• Tome pílula assim que lembrar, continue cartela e use preservativo/abstinência por 2 dias. • Se sexo desprotegido há ≤ 5 dias, também ofereça contracepção de emergência → 165.	• 1 pílula esquecida: tome 1 imediatamente e outras na hora usual. • ≥ 2 esquecidas: use preservativo/abstinência por 7 dias. Se pílulas perdidas são as: - 1ª primeira e sexo desprotegido ≤ 5 dias, ofereça contracepção de emergência → 165. - Se sem sexo desprotegido ≤ 5 dias, tome 1 imediatamente e outras na hora usual. - 14 últimas, tome 1 imediatamente e outras na hora usual, não faça intervalo e inicie nova cartela.

Reavale paciente usando COC/IC após 3 meses, então anualmente. Reavale paciente com DIU em 6 semanas (ou depois da próxima menstruação) após a inserção para verificar os fios.

*Se > 5ª dia do ciclo e não teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação ou se ≤ 5ª dia do ciclo, pode iniciar imediatamente. Se > 5ª dia do ciclo e teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação: oriente abstinência/preservativos até próximo ciclo e inicie método quando menstruar ou se teste de gravidez negativo realizado > 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido; ou se deseja início imediato, inicie método (exceto DIU), oriente abstinência/preservativos por 7 dias e teste para gravidez após 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido e que estava sem contracepção efetiva. *Tomar com alimentação na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC, ou se usa varfarina. Considere **empiraxil** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

A orientação de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' 'cada 8 horas' está inconsistente pois foi modificada para alinhamento geral no guia para 'cada 6 horas'.

CORRETO - EBOOK PÁGINA 166

Trate paciente iniciando ou em uso de contraceptivo
Se paciente em uso de contraceptivo e satisfação com método, verifique se método é ainda adequado. Se iniciando ou mudando contraceptivo, ajude paciente a escolher o método:

Método	Ajude paciente a escolher o método	Instruções de uso	Efeitos adversos
Dispositivo intrauterino (DIU) • DIU de cobre (DIU-Cu)	• Contraceção efetiva a partir da inserção e por 10 anos. • Fertilidade retorna com remoção. • Não insira se cervicite mucopurulenta/DIP atual ou há < 3 meses, sangramento vaginal inexplicado, útero/colo alterado ou se HIV com CD4 < 200 (insira quando CD4 > 200).	• Pode ser inserido a qualquer momento* (ou < 48h ou > 4 semanas pós-parto). • Se dor, dê ibuprofeno 600mg cada 6h até 3 dias.	• Menstruação intensa ou dolorosa: geralmente melhora em 3-6 meses. Para avaliar e manejar → 75. • Se comenimento, retornar para avaliar → 66. • Irritação do pênis da parceria sexual: corte fios mais curtos.
Injeção de progestágeno • Acetato de medroxiprogesterona (ACMP) 150mg IM cada 12 semanas	• Injeção cada 12 semanas. • Fertilidade pode levar até 1 ano após última injeção para normalizar. • Não prescreva se: sangramento vaginal inexplicado; câncer de mama prévio, PA ≥ 160/100, DM com complicações, cardiopatia isquêmica/AVC, doença hepática ativa, osteoporose. Se usa corticoide > 3 meses, discuta .	• Pode iniciar a qualquer momento*. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª aplicação. • Não precisa ajustar intervalo das doses se tratamento com ARVs, para TB ou epilepsia.	• Amenorreia: oriente que é comum. • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar → 75. • Acre: mude para COC ou método não-hormonal. • Dores de cabeça: se intensas, mude para método não-hormonal.
Pílula de progestágeno isolado (PPI) • Noretisterona 35mcg	• Escolha entre os métodos considerando indicação/contraindicação e preferência entre pílula e injeção mensal. Somente prescreva pílula se segurança e motivação para uso diário. • Não prescreva COC/C/PPI se: doença hepática ativa, usa rifampicina/fenitoína/fenobarbital/carbamazepina (se usa outros medicamentos/ARV, verifique interação → 189) ou câncer de mama prévio. • Não prescreva COC/C se: 6 semanas pós-parto e amamentando, < 21 dias pós-parto, enxaqueca com aura, ≥ 35 anos e fuma tabaco, doença cardíaca/hepática/AVC, TV/embolia pulmonar, DM com complicações ou PA ≥ 160/100. • Pondere riscos/benefício ao prescrever COC/C se: ≥ 35 anos e enxaqueca sem aura, PA ≥ 140/90 ou HAS, entre 6 semanas e 6 meses após parto e amamentando ou RCV ≥ 10%.	• Pode iniciar a qualquer momento*. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª tomada. • Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (não > 3 horas de atraso).	• Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo → 105. • Ganho de peso (menor com pílula de progestágeno isolado).
Contraceptivo oral combinado (COC) • Etinilestradiol/levonorgestrel 30/150mcg	• Não prescreva COC/C se: 6 semanas pós-parto e amamentando, < 21 dias pós-parto, enxaqueca com aura, ≥ 35 anos e fuma tabaco, doença cardíaca/hepática/AVC, TV/embolia pulmonar, DM com complicações ou PA ≥ 160/100. • Pondere riscos/benefício ao prescrever COC/C se: ≥ 35 anos e enxaqueca sem aura, PA ≥ 140/90 ou HAS, entre 6 semanas e 6 meses após parto e amamentando ou RCV ≥ 10%.	• Pode iniciar a qualquer momento*. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª tomada. • Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (tomar 21 dias e parar 7).	• Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar → 75. • Mamas doloridas, náuseas: geralmente melhora em 3 meses. • Dores de cabeça: se enxaqueca e ≥ 35 anos ou com aura, mude para método não-hormonal.
Injetável combinado (IC) • Enantato de Noretisterona/Valerato de Estradiol 50/5mg IM cada 4 semanas	• Considere prescrever noretisterona somente se amamentação exclusiva (menos eficaz se não está em amamentação exclusiva).	• Pode iniciar a qualquer momento*. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª aplicação.	• Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo → 105.
Esterilização • Ligadura tubária/vasectomia	• Contraceção permanente • Procedimento cirúrgico	Solicite exames pré-operatórios, solicite consentimento e encaminhe.	Dor incisional, infecção ou sangramento: discuta ou encaminhe .

Maneje paciente que esqueceu injeções ou pílulas

Injeção atrasada	Pílula de progestágeno isolado esquecida (> 3 horas de atraso)	Pílula de contraceptivo oral combinado esquecida (> 24 horas de atraso)
• Se ≤ 2 semanas (ACMP) ou 1 semana (IC) de atraso: aplique dose. • Se > 2 semanas (ACMP) ou 1 semana (IC) de atraso: - Exclua gravidez. Se gestação → 167. - Se não estiver grávida: aplique dose e oriente preservativo ou abstinência por 7 dias. Se sexo desprotegido há ≤ 5 dias, também ofereça contracepção de emergência → 165.	• Tome pílula assim que lembrar, continue cartela e use preservativo/abstinência por 2 dias. • Se sexo desprotegido há ≤ 5 dias, também ofereça contracepção de emergência → 165.	• 1 pílula esquecida: tome 1 imediatamente e outras na hora usual. • ≥ 2 esquecidas: use preservativo/abstinência por 7 dias. Se pílulas perdidas são as: - 1ª primeira e sexo desprotegido ≤ 5 dias, ofereça contracepção de emergência → 165. - Se sem sexo desprotegido ≤ 5 dias, tome 1 imediatamente e outras na hora usual. - 14 últimas, tome 1 imediatamente e outras na hora usual, não faça intervalo e inicie nova cartela.

Reavale paciente usando COC/IC após 3 meses, então anualmente. Reavale paciente com DIU em 6 semanas (ou depois da próxima menstruação) após a inserção para verificar os fios.

*Se > 5ª dia do ciclo e não teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação ou se ≤ 5ª dia do ciclo, pode iniciar imediatamente. Se > 5ª dia do ciclo e teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação: oriente abstinência/preservativos até próximo ciclo e inicie método quando menstruar ou se teste de gravidez negativo realizado > 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido; ou se deseja início imediato, inicie método (exceto DIU), oriente abstinência/preservativos por 7 dias e teste para gravidez após 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido e que estava sem contracepção efetiva. *Tomar com alimentação na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC, ou se usa varfarina. Considere **empiraxil** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

A orientação padronizada de prescrição do medicamento 'ibuprofeno' é 'cada 6 horas'.