

**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE
DIVISÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Nota Informativa DAPPS / CEVS

Assunto: Anafilaxia na Atenção Primária à Saúde (APS)

Porto Alegre, 05 de junho de 2024

A anafilaxia é um dos cinco tipos de reações alérgicas, caracterizada como uma reação imediata ou do tipo I, mediada pela imunoglobulina E (Ig E), que demanda maior atenção de quem presta o primeiro atendimento. Assim, a presente nota tem como objetivo abordar a identificação e o manejo das reações anafiláticas para as equipes da Atenção Primária à Saúde, visto que são emergências passíveis de tratamento (Brasil, 2013).

As reações anafiláticas geralmente são causadas por alimentos, picadas de insetos ou contato com outros animais, por medicamentos ou imunobiológicos. Pessoas com antecedente de reações alérgicas são mais propensas a novos episódios, assim como pessoas com asma. As reações anafiláticas possuem manifestações clínicas mistas, com sintomas que variam de leves a graves, podendo evoluir rapidamente para quadros muito graves e, se não manejados oportunamente, para óbito. Incluem sinais e sintomas como (Brasil, 2013; Kelso, 2024):

- Sintomas respiratórios: secreção nasal, congestão nasal, alteração na qualidade da voz, estridor, tosse, chiado no peito, dispneia, edema laríngeo, broncoespasmo;
- Sintomas cardiovasculares: hipotensão, síncope, desmaios, estado mental alterado e arritmias;
- Sintomas dermatológicos: urticária, prurido, angioedema;
- Sintomas gastrointestinais: vômito, náusea, cólica, dor abdominal.

O quadro 1 apresenta critérios diagnósticos para a anafilaxia.

Quadro 1 - Critérios para o diagnóstico de anafilaxia

<p>A anafilaxia é altamente provável na presença de qualquer um dos três critérios a seguir :</p>
<p>1) Início agudo de doença, em minutos ou horas, com envolvimento da pele, mucosas ou ambos (por exemplo: urticária generalizada, prurido ou eritema facial, edema lábios-língua-úvula) E pelo menos um dos seguintes itens:</p> <p>a) Comprometimento respiratório: dispneia, sibilos, estridor, pico de fluxo expiratório reduzido, hipoxemia;</p> <p>b) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica, como, por exemplo: hipotonia (colapso), síncope, incontinência.</p>
<p>2) Dois ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo rapidamente após exposição a um alérgeno provável para o paciente (minutos a horas):</p>

- a) Envolvimento de pele-mucosas: urticária generalizada, prurido-eritema facial, edema lábios-língua-úvula;
- b) Comprometimento respiratório: dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico fluxo expiratório reduzido, hipoxemia;
- c) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica: hipotonia (colapso), síncope, incontinência;
- d) Sintomas gastrointestinais persistentes: cólica abdominal persistente, vômitos.

3) Queda da pressão arterial após exposição a um alérgeno conhecido para o paciente (minutos a horas):

- a) Lactentes e crianças: pressão arterial sistólica baixa (idade específica) ou uma queda na pressão arterial sistólica > 30%;
- b) Adultos: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou queda > 30% na pressão arterial sistólica basal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

Geralmente, os sintomas iniciam logo após o contato com a substância, levando de alguns segundos a minutos para manifestarem-se. Quando a anafilaxia é desencadeada por substâncias orais ou quando o início da reação demora mais de 30 minutos, as reações anafiláticas podem ser mais demoradas ou recidivadas. Quando a história de contato com as substâncias for conhecida, o diagnóstico é óbvio, porém quando isso não acontece, o diagnóstico diferencial deve ser feito (Brasil, 2013).

Ressalta-se que a anafilaxia é uma condição de emergência, na qual o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) deve ser acionado imediatamente. Na indisponibilidade do atendimento com brevidade pelo SAMU, a transferência imediata do usuário para o serviço de urgência/ emergência deve ser realizada, de acordo com as pactuações locais. As equipes da APS devem estar preparadas para o manejo inicial, com objetivo de manter a oxigenação e a perfusão de órgãos vitais, enquanto aguardam transferência (TelessaúdeRS-UFRGS, 2024).

Orientações para manejo inicial de anafilaxia na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2013; TelessaúdeRS-UFRGS, 2024; Kelso e Campbell, 2024):

- **Anamnese:** deve ser sucinta e direcionada, passando por um exame clínico focado em busca de sinais claros de reação anafilática (urticária, angioedema, picada de inseto, entre outros);
- **Avaliação:** a atenção deve se concentrar primeiramente nas vias aéreas, na respiração e na circulação, bem como na adequação da atividade mental. Os lábios, língua e faringe devem ser avaliados quanto a angioedema e deve ser solicitado para a pessoa falar seu nome para avaliar o inchaço periglótico ou glótico. A pele é examinada em busca de urticária ou angioedema, o que, se presente, é útil para confirmar diagnóstico;
- **Diagnósticos diferenciais:** devem ser incluídos nos diagnósticos diferenciais a hipotensão (ex.: choque, reação vasovagal), síncope, infarto agudo do miocárdio, obstrução de via aérea por corpo estranho, espasmo laríngeo, intoxicação aguda, ansiedade, entre outros;



- **Tratamento:** deve ser iniciado imediatamente, não havendo necessidade de aguardar a confirmação diagnóstica para seu início;
- Na presença de sinais de gravidade, enquanto aguarda transferência para o serviço de emergência, deve-se manter vias aéreas pérvias (intubação está indicada se evidência de obstrução das vias aéreas pelo angioedema) e oxigenioterapia (15 litros/minuto ou máscaras comerciais de oxigênio de alto fluxo, fornecendo pelo menos 70% e até 100% de oxigênio, se necessário), realizar administração de epinefrina¹, além de acesso venoso periférico;
- A adrenalina deve ser injetada IM na região anterolateral da coxa. Se os sintomas forem graves, uma infusão intravenosa de epinefrina deve ser preparada, caso necessário;
- Se houver sinais de choque e hipotensão, deve-se manter o paciente em posição de Trendelenburg² e realizar rápida expansão de volume. Se broncoespasmo, iniciar broncodilatador adrenérgico de curta ação;
- Corticoides orais ou venosos e anti-histamínicos **não devem** ser administrados como primeira linha no tratamento de anafilaxia. Os anti-histamínicos são úteis no tratamento da urticária, mas não são efetivos no alívio dos demais sintomas (como estridor, dispneia, hipotensão/choque) e não devem substituir a adrenalina. Já os corticoides podem ser prescritos como terapia adjuvante após a administração de adrenalina. Seu uso pode reduzir o risco de sintomas associados à anafilaxia, inclusive urticária. Contudo, não há indicação desses fármacos na prevenção da anafilaxia bifásica;
- **Seguimento: acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) imediatamente.** Na indisponibilidade do atendimento com brevidade pelo SAMU, a transferência imediata do usuário para o serviço de urgência/emergência deve ser realizada;
- **Orientação:** após um primeiro episódio de anafilaxia, o usuário deve ser instruído sobre as características desse tipo de reação alérgica, que deve buscar reconhecer o agente que é gatilho para a reação anafilática, visando evitar a recorrência do contato e, principalmente, receber orientações sobre condutas;
- Caso seja uma criança, a família e a escola também devem receber orientação e treinamento para ações caso ocorra novo episódio de reação anafilática;
- O usuário pode ser orientado a andar com um “cartão” (na carteira ou na bolsa), que explique o risco de uma reação anafilática caso haja exposição acidental a esses alérgenos;
- Caso não seja possível a identificação do agente gatilho, pode-se encaminhar o usuário para o alergista, que, além de elucidar o agente causal, pode realizar a terapia de dessensibilização, se necessário.

¹A epinefrina é o medicamento mais eficaz para o tratamento da anafilaxia. Pode prevenir ou reverter o broncoespasmo e o colapso cardiovascular, devendo ser administrada precocemente, pois melhora a sobrevida. Possui rápido início de ação e meia-vida curta, com estreita margem terapêutico-tóxica. A via intramuscular (IM) é a via de escolha para administração da epinefrina no tratamento inicial da anafilaxia em qualquer situação, preferencialmente na face anterolateral da coxa (ROQUE, 2021).

²Na posição de Trendelenburg, a pessoa é colocada em decúbito dorsal, com cabeça e tronco em níveis mais baixos que os membros inferiores, ou seja, a cabeça fica mais baixa que os pés.

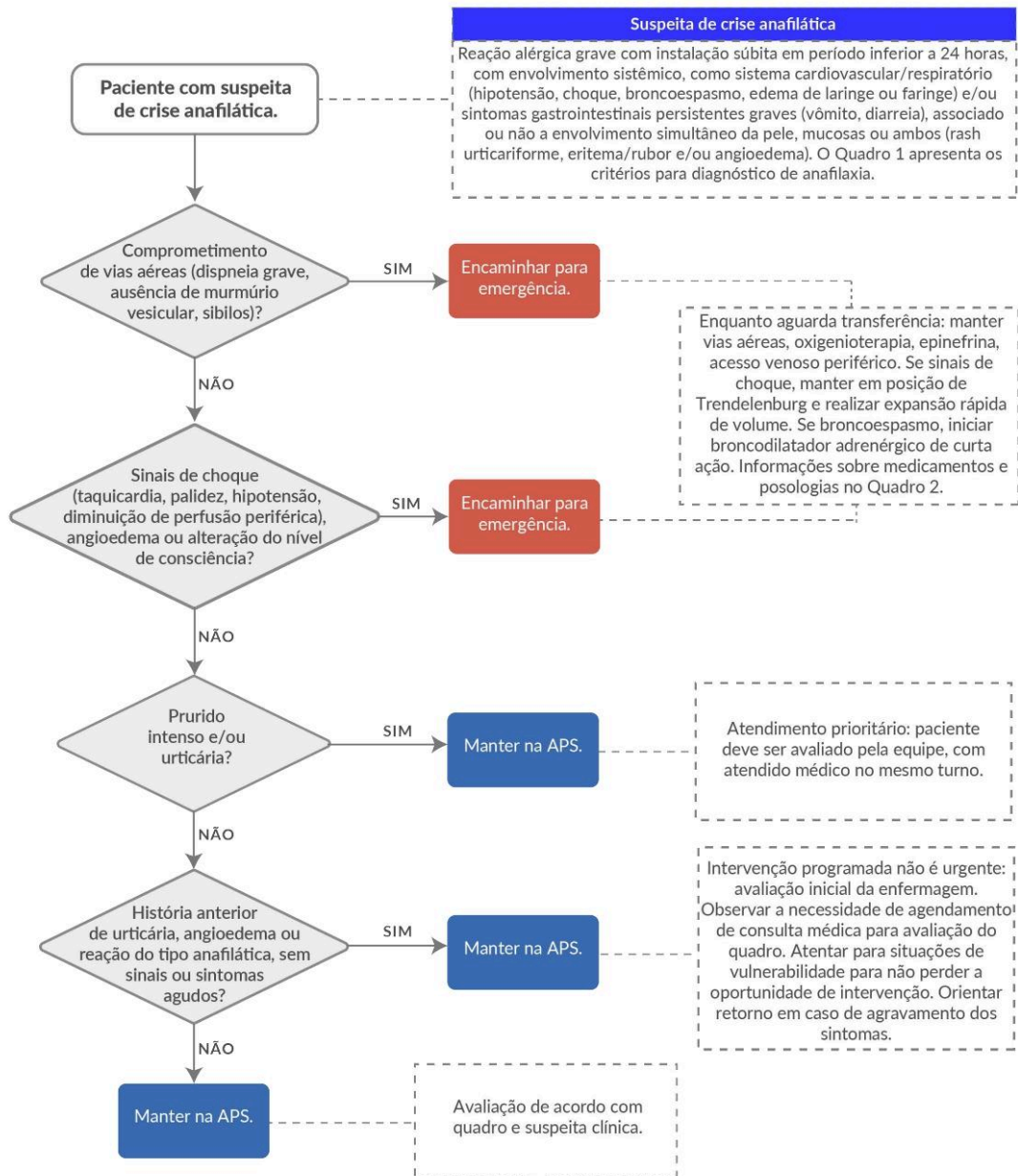
Anexos

Quadro 2 - Medicamentos utilizados nas reações anafiláticas

Medicamento	Dose – Criança	Dose – Adulto
Epinefrina Ampola 1:1.000 (1 mg/mL)	0,01 mg/kg, IM (preferencialmente) ou SC, até 3 doses a cada 5 a 15 min (dose máxima de 0,5 mg/dia).	0,3 mL a 0,5 mL, IM (preferencialmente) ou SC, até 3 doses a cada 5 a 15 min.
Expansão de volume – solução salina – ringer lactato	5 a 10 mL/kg, IV nos primeiros 5 minutos e 30 mL/kg na primeira hora.	1 a 2 litros, IV. Repetir, se necessário.
Salbutamol Spray 100 µg/jato	50 µg/kg/dose. Dose Máxima: 10 jatos.	4 a 8 jatos a cada 20 minutos.
Hidrocortisona Frasco-ampola 100 mg ou 500 mg	4 mg/kg, IV ou IM.	100 a 500 mg, IV ou IM.
Prednisona Comprimidos 5 mg ou 20 mg	0,5 a 1 mg/kg/dia.	0,5 a 1 mg/kg/dia.
Prednisolona Solução oral 3 mg/mL	0,5 a 1 mg/kg/dia.	0,5 a 1 mg/kg/dia.
Prometazina Ampola 25 mg/mL	≥ 2 anos: 0,5 mg/kg/dose, IM.	25 a 50 mg, IM. Dose máxima: 100 mg/dia.
Loratadina Comprimido 10 mg Xarope 1 mg/mL	2 anos a 6 anos: 5 mg, 1x/dia. ≥ 6 anos: 10 mg, 1x/dia.	10 mg, 1x/dia.
Dexclorfeniramina Comprimido 2 mg Solução oral 2 mg/5 mL Xarope 2 mg/5 mL	≥ 2 a 6 anos: 1,25 mL, 3x/dia. 6 a 12 anos: 2,5 mL, 3x/dia. ≥ 12 anos: 5 mL, 3x/dia.	2 mg, 3x/dia.

Fonte: adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS, 2024.

Figura 1 - Fluxograma de atendimento aos casos de anafilaxia na APS



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2024.

Referências

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Qual o manejo inicial do paciente com anafilaxia na Atenção Primária à Saúde (APS)? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 26 mar. 2024 [citado em “29 abr 2024”]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/?post_type=perguntas&p=33328&preview=true

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf

Kelso J. Allergic reactions to vaccines. Revisão da literatura atualizada até março de 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/allergic-reactions-to-vaccines?search=anafilaxia%20vacina&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

Campbell RL e Kelso J. Anaphylaxis: Emergency treatment. Revisão da literatura atualizada até: março de 2024. https://www.uptodate.com/contents/anaphylaxis-emergency-treatment?search=anafilaxia%20aten%C3%A7%C3%A3o%20primaria&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

Roque, Carlos Eduardo Abbud Hanna. Anafilaxia: conceitos, quadro clínico, diagnóstico e tratamentos. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Cuidado nas queixas comuns no atendimento à demanda espontânea na atenção primária à saúde. Cuidado em reações anafiláticas. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.