CONDUTAS CLÍNICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Organizadores

Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Sânkia Maria Lopes Aragão
Yasmin Saboia Moreira

AMPLLA EDITORA

CONDUTAS CLÍNICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Organizadores

Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Sânkia Maria Lopes Aragão
Yasmin Saboia Moreira

AMPLLA EDITORA

2021 - Editora Amplla
Copyright © Editora Amplla
Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares
Design da Capa: Editora Amplla
Diagramação: Yáscara Maia Araújo de Brito
Projeto Gráfico: Higor Costa de Brito

Condutas clínicas em atenção primária à saúde está licenciado sob CC BY 4.0.

Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Amplla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Amplla.

ISBN: 978-65-88332-84-9
DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-0

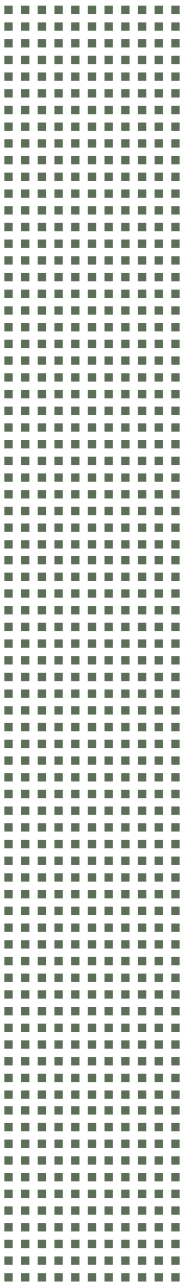
Editora Amplla
Campina Grande – PB – Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br

2021

CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Italan Carneiro Bezerra – Instituto Federal da Paraíba
Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará
Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário
Luciana de Jesus Botelho Sodré dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão
Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central
Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Marcelo Alves Pereira Eufrasio – Centro Universitário Unifacisa
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará
Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia
Marina Magalhães de Morais – Universidade Federal de Campina Grande
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso
Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande
Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca
Tatiana Paschoalette Rodrigues Bachur – Universidade Estadual do Ceará
Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2021 - Editora Amplla
Copyright © Editora Amplla
Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares
Design da Capa: Editora Amplla
Diagramação: Yáscara Maia Araújo de Brito
Projeto Gráfico: Higor Costa de Brito

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Condutas clínicas em atenção primária à saúde [livro eletrônico] / organização Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior, Sânkia Maria Lopes Aragão, Yasmin Saboia Moreira. -- Campina Grande : Editora Amplla, 2021. 706 p.

Formato: PDF
ISBN: 978-65-88332-84-9

1. Cuidados primários (Medicina). 2. Medicina. 3. SUS. I. Vasconcelos Júnior, Francisco Clezion Franca. II. Aragão, Sânkia Maria Lopes. III. Moreira, Yasmin Saboia. VI. Título.

CDD-610

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina 610

Editora Amplla
Campina Grande – PB – Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br

2021

PREFÁCIO

A Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS), desde 2007, possibilita aos acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Ceará a experiência de atuar de forma mais íntima com a Atenção Primária à Saúde. O estágio extracurricular aos Centros de Saúde da Família da cidade de Sobral, no interior do Ceará, promove o compartilhamento de habilidades entre estudantes e profissionais, em que o foco na abordagem centrada na pessoa e atitudes mais humanistas são priorizadas no contato com a comunidade. A pluralidade de atuações do Médico de Família e Comunidade e o impacto de suas ações na vida dos usuários, que buscam no Sistema único de Saúde (SUS) a resolução dos seus problemas de saúde, instigaram a idealização desta obra. Tal livro foi elaborado com o intuito de abordar, de forma sintetizada e direcionada, as principais situações clínicas das diversas áreas médicas que costumam surgir na Atenção Básica. Desse modo, o leitor poderá encontrar assuntos relacionados à saúde da criança, da mulher, da gestante, do adulto e do idoso, além das queixas mais prevalentes e doenças dos mais diversos sistemas humanos. Em cada capítulo o leitor encontrará os principais conceitos sobre cada tema abordado, além de casos clínicos, questões de revisão e fluxogramas que descomplicam o aprendizado e a fixação dos conhecimentos. Portanto, esperamos que o leitor possa perceber esta obra como uma fonte didática e diversificada de conhecimento, aproximando-se da rotina dos médicos de família e comunidade e compreendendo a relevância de sua atuação. Agradecemos aos integrantes da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS) e aos profissionais de alta intelectualidade que ofereceram suporte durante a realização desta obra.

ORGANIZADORES

Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Sânkia Maria Lopes Aragão

Médica graduada pela Universidade Federal do Ceará - campus Sobral
Título de especialista em Medicina de Família pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Membro da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Pós-Graduada em Medicina do Trabalho
Preceptora do Internato em Saúde Comunitária do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará
Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará - campus Sobral

Yasmin Saboia Moreira

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

AUTORES

Alana Ponte Correia
Médica graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral
Ex-membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Aline Valeriano Moura Cordeiro
Médica graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Residência em Clínica Médica pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley
Dermatologista pela Santa Casa de Misericórdia de Recife
Título de especialista em Dermatologia pela SBD
Membro associado da Sociedade de Cirurgia Dermatológica
Professora e Coordenadora da Disciplina de Dermatologia da Faculdade UNINTA
Diretora de Processos Assistenciais do Hospital Regional Norte

Ana Clara de Souza Correa
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Ana Luísa Barbosa Pordeus
Médica graduada pela Universidade de Pernambuco (2018)
Médica residente de psiquiatria pela Secretaria Municipal de Saúde de Sobral

Ana Luísa Bonfim Rafael
Médica graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (2016)
Residência médica em Pediatria pela Universidade Federal da Paraíba - Hospital Universitário Lauro Wanderley (2019)
Residência médica em Neonatologia pela Universidade Federal do Ceará - Santa Casa de Misericórdia de Sobral (2021)
Médica neonatologista do Hospital Regional Norte - Sobral/CE

Antonio Flávio Queiroz de Oliveira
Dermatologista, Cirurgião Dermatológico e de Transplante Capilar
Título pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD)
Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica (SBCD)
Membro da Associação Brasileira de Cirurgia da Restauração Capilar (ABCRC)
Professor Efetivo da disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina da UFC, campus Sobral
Professor da disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina UNINTA
Preceptor da residência de clínica médica / internato em clínica médica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Mestrando em Ciências da Saúde pela UFC

Antonio Luan Mesquita Fonseca
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Bárbara Ponte Souza
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Carla Roberta Macedo de Sousa
Médica graduada pela Universidade Federal do Ceará - campus Sobral (2007)
Residência em Ginecologia e Obstetrícia pela UFC - Santa Casa de Misericórdia de Sobral (2011)
Mestrado em Saúde da Família - UFC (2013)
Professora efetiva da disciplina de ginecologia da UFC - Sobral

Carlos Augusto Assunção Monteiro
Médico graduado pela Universidade Federal do Ceará (1993)
Residência médica em Pediatria no Hospital Infantil Albert Sabin (1996)
Residência médica em Neonatologia na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (1997)
Especialização em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (1999)
Especialização em Desenvolvimento Infantil pelo NUTEP-UFC (2010)
Professor titular de Pediatria e Neonatologia da Universidade Federal do Ceará - campus Sobral
Professor de Neonatologia da UNINTA
Médico plantonista do serviço de Neonatologia do Hospital Regional Norte

Danilo Gonçalves Dantas
Médico graduado pelo Centro Universitário Uninovafapi
Residência médica em Psiquiatria pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia – Sobral, Ceará

David Cássio Ribeiro Vasconcelos
Médico graduado pelo Centro Universitário Christus (Unichristus)
Médico residente de psiquiatria pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia – Sobral, Ceará

Davisson Lopes da Costa
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Felipe Pinheiro Mendes
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Gefferson Dias Teixeira
Médico graduado pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
Residente do terceiro ano da Residência de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Ceará e da Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Hellen Gomes Fernandes
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Isabela de Paula Nóbrega
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Isadora Silva Melo
Médica graduada pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral
Residente de Clínica Médica do Hospital Regional Norte - Sobral

Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Ivna Vasconcelos de Oliveira
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos
Médica graduada pela Universidade Federal do Ceará - campus Sobral (2010)
Residência Médica em Pediatria pela Universidade Federal do Ceará - Santa Casa de Misericórdia de Sobral (2013)
Especialização em Nutrologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2014)
Residência Médica em Endocrinologia Pediátrica pela Universidade Federal do Ceará- Hospital Universitário Walter Cantidio (2017)
Professora Efetiva de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da UFC - campus Sobral e da Faculdade de Medicina UNINTA
Professora de Pediatria da Faculdade de Medicina UNINTA
Endocrinologista Pediatra do Hospital Regional Norte

Jamine Yslailla Vasconcelos Rodrigues
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

João Matheus Girão Uchôa
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

José Francisco Igor Siqueira Ferreira
Médico graduado pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral
Ex-membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

José Juvenal Linhares
Médico graduado pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e em Mastologia no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO/AMB
Título de Especialista em Mastologia pela Sociedade Brasileira de Mastologia/AMB
Título de Especialista em Colposcopia pela Sociedade Brasileira em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia/ AMB
Professor Assistente da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará - campus Sobral
Doutor em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM)
Especialista em Ginecologia Minimamente Invasiva e Endometriose no Hospital Sírio de Libanês- SP
Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará - campus Sobral

José Ribamar Fernandes Filho
Médico graduado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Residência Médica em Oftalmologia pela Sociedade de Assistência aos Cegos- Fortaleza-CE
Residência Médica em MFC - Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria de Saúde de Sobral
Diretor Técnico do Banco de Olhos da Santa Casa de Sobral
Coordenador da Equipe de Transplante de Órgãos da Santa Casa de Sobral
Professor Efetivo do Curso de Medicina da UFC - campus Sobral

Júlia Oliveira de Assis
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Kailane Martins Cardoso
Médica graduada pela Universidade de Fortaleza
Residência em Clínica Médica na UFC - Campus Sobral
Mestrando em Ciências da Saúde na UFC
Docente da disciplina de Semiologia Médica na UFC
Coordenadora do internato de Clínica Médica da UFC
Médica plantonista do Hospital Regional Norte

Leandro de Lyra Lemos
Médico graduado pela Faculdade Pernambucana de Saúde
Médico residente de psiquiatria pela Secretaria Municipal de Saúde de Sobral

Letícia Benevides Cavalcante Soares
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Letícia Freitas de Mesquita
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Manoel Vieira do Nascimento Júnior
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Márcio Fragoso Vieira
Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral de Fortaleza
Mestrado em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia da UNIFESP
Doutorando do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP
Professor efetivo de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFC – Sobral
Preceptor da residência médica e internato em Ginecologia e Obstetrícia da UFC/Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Ultrassonografia em GO e Medicina Fetal pela Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)

Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Mateus Rodrigues de Aguiar
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Melka Samai Silva Jovino
Médica graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Residência em clínica médica UFC
Residência em Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva UFRN
Docente do curso de Medicina do INTA
Endoscopista da Policlínica de Sobral
Membro da FBG e da SOBED

Mônica Sales Farias
Médica graduada pelo Centro Universitário Christus (Unichristus)
Residente de Psiquiatria da Rede de Atenção Integrada à Saúde Mental de Sobral

Naíse Lima Mourão Soares
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Natanael Ponte de Oliveira
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Nathaniel dos Santos Sousa
Médico graduado pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
Residente em Ginecologia e Obstetrícia SCMS/UFC

Paula Fernanda Patriolina Teixeira de Oliveira
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Pedro Túlio Monteiro Araújo
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Rafael Lucas Simões dos Santos
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Raquel Sucupira Andrade Lima
Médica graduada pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ)
Residência médica em Dermatologia pela Fundação Alfredo da Matta (FUAM)
Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD)
Pós-Graduação em cosmiatria pela Faculdade de medicina do ABC Paulista (FMABC)

Renata Bezerra de Amorim
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Renata Freitas Lemos de Oliveira
Médica graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - campus I João Pessoa
Residência médica em Pediatria no IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
Mestre em Saúde da Família pela UFC
Professora de Assistência Básica à Saúde da Criança e Pediatria da UFC

Robert William de Azevedo Bringel
Residência Médica em Cirurgia Geral HCFMUSP
Residência Médica em Cirurgia do Ap Digestivo e Coloproctologia HCFMUSP
Mestre em Cirurgia FMUSP
Presidente da Sociedade Cearense de Coloproctologia - SOCEPRO
Membro Titular da SBCP e CBCD
Cirurgião Colorretal Robótico do Hospital Monte Klinikum
Diretor Responsável CEPRO - Centro Endoscopico de Prevençâo Oncologica

Samuel da Costa Fernandes
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Sânkia Maria Lopes Aragão
Médica graduada pela Universidade Federal do Ceará - campus Sobral
Título de especialista em Medicina de Família pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Membro da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Pós-Graduada em Medicina do Trabalho
Preceptora do Internato em Saúde Comunitária do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará
Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará - campus Sobral.

Sofia Goersch Andrade Aragão
Médica graduada pela Universidade de Fortaleza
Residência médica em Pediatria pelo Hospital Universitário Walter Cantídio- UFC e em Endocrinologia Pediátrica pela UFPE.
Pediatra do Hospital Regional Norte
Professora da Faculdade de Medicina UNINTA na disciplina de Pediatria
Preceptora do Internato e da Residência Médica de Pediatria do Hospital Regional Norte

Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Thamara Vieira Rolim Melo Martins
Médica graduada pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral.
Médica de Família e Comunidade pelo Programa de Residência da SMS - Rio de Janeiro.
Membro da Sociedade Brasileira de MFC.
Educadora Perinatal pelo Coletivo Gesta do Rio de Janeiro.
Preceptora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade SMS, UFC e ESF de Fortaleza.
Professora do Curso de Medicina da Unichristus.

Vicente Bezerra Linhares Neto
Médico graduado pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - campus Sobral
Residência médica em Psiquiatria pela Escola de Saúde Pública do Ceará
Professor da graduação de Medicina UNINTA e UFC Sobral
Especialização em Logoterapia e Análise Existencial pela Faculdade Católica de Fortaleza
Coordenador do programa de residência médica em Psiquiatria da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral - RAISM
Preceptor de Psiquiatria do internato - UFC Sobral e UNINTA

Victor Carneiro de Souza
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Walter Oliveira Rios Júnior
Médico graduado pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - campus Sobral

Wendelly Soares Torres
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

Yasmin Saboia Moreira
Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – campus Sobral
Membro da Liga de Medicina de Família e Comunidade de Sobral (LIMFACS)

EDIÇÃO

Ana Thayná Santos Carvalho

Graduada em Letras-Língua Portuguesa pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

SUMÁRIO

UNIDADE I

CAPÍTULO I - PUERICULTURA 19

CAPÍTULO II - AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA 36

CAPÍTULO III - ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR 55

CAPÍTULO IV - IMUNIZAÇÕES 77

CAPÍTULO V - PRINCIPAIS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS NA CRIANÇA 92

CAPÍTULO VI - PRINCIPAIS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NA CRIANÇA 105

UNIDADE II

CAPÍTULO VII - VULVOVAGINITES 124

CAPÍTULO VII - SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA 135

CAPÍTULO IX - CONDIÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS AO CICLO MENSTRUAL 145

CAPÍTULO X - PLANEJAMENTO FAMILIAR 168

CAPÍTULO XI - PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL 188

CAPÍTULO XII - INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS COMUNS NA GESTAÇÃO: UMA ABORDAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 207

UNIDADE III

CAPÍTULO XIII - DIABETES MELLITUS 222

CAPÍTULO XIV - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRIMÁRIA 233

CAPÍTULO XV - DISLIPIDEMIA 246

CAPÍTULO XVI - RASTREAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 259

CAPÍTULO XVII - LOMBALGIA 273

CAPÍTULO XVIII - CEFALEIAS 284

CAPÍTULO XIX - VERTIGEM 296

CAPÍTULO XX - INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO 307

CAPÍTULO XXI - AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 314

CAPÍTULO XXII - SÍNDROMES DEMENCIAIS 329

UNIDADE IV

CAPÍTULO XXIII - INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS) 345

CAPÍTULO XXIV - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS 361

CAPÍTULO XXV - PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE 380

CAPÍTULO XXVI - TUBERCULOSE 391

UNIDADE V

CAPÍTULO XXVII - ARBOVIROSES 406

CAPÍTULO XXVIII - LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA 421

CAPÍTULO XXIX - DOENÇA DE CHAGAS 433

CAPÍTULO XXX - MALÁRIA 446

CAPÍTULO XXXI - DOENÇA DA MORDEDURA DE CÃES E GATOS 459

UNIDADE VI

CAPÍTULO XXXII - DISPEPSIA 472

CAPÍTULO XXXIII - DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO 479

CAPÍTULO XXXIV - ALTERAÇÕES DO HÁBITO INTESTINAL 490

CAPÍTULO XXXV - DOENÇAS ORIFICIAIS 502

CAPÍTULO XXXVI - PARASITOSES INTESTINAIS 518

UNIDADE VII

CAPÍTULO XXXVII - DERMATOFITOSES 525

CAPÍTULO XXXVIII - ESCABIOSE NA ATENÇÃO BÁSICA 536

CAPÍTULO XXXIX - ERISIPELA 543

CAPÍTULO XL - URTICÁRIA 550

CAPÍTULO XLI - DERMATITES 560

CAPÍTULO XLII - HANSENÍASE 579

UNIDADE VIII

CAPÍTULO XLIII - SAÚDE OFTALMOLÓGICA DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 590

CAPÍTULO XLIV - OCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA – ADULTOS 600

CAPÍTULO XLV - OCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS NA INFÂNCIA 614

UNIDADE IX

CAPÍTULO XLVI - TRANSTORNOS DE ANSIEDADE 626

CAPÍTULO XLVII - TRANSTORNOS DE SINTOMAS SOMÁTICOS E TRANSTORNOS RELACIONADOS 642

CAPÍTULO XLVIII - TRANSTORNOS DE HUMOR 656

CAPÍTULO XLIX - TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS 671

CAPÍTULO L - TRANSTORNOS PSICÓTICOS 684

UNIDADE X

CAPÍTULO LI - SAÚDE DO TRABALHADOR 694

UNIDADE I

CAPÍTULO I

PUERICULTURA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-1

Autor(a): Letícia Benevides Cavalcante Soares
Coautores: Ana Luísa Bonfim Rafael
Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Yasmin Saboia Moreira
Orientador(a): Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos

1. INTRODUÇÃO

A avaliação da criança, através da consulta médica em Atenção Primária à Saúde (APS), desde a primeira semana de vida pós-natal até o fim da adolescência, é fundamental para o acompanhamento abrangente da população pediátrica, gerando impactos desde o adequado manejo do paciente, até a adoção de políticas públicas voltadas para esse público alvo, através da avaliação de demandas e de alterações comuns dessa faixa etária.

Faz parte do atendimento a orientação antecipatória, cujo papel do profissional será orientar sobre os próximos marcos do desenvolvimento, os sinais e os sintomas comuns às próximas fases da criança, como também englobar a avaliação do calendário vacinal.

Através disso, define-se o papel da puericultura: uma abordagem ampla da criança e do adolescente, desde os marcos do desenvolvimento e da avaliação do crescimento, até a orientação de práticas de promoção da saúde, de prevenção de doenças, além da avaliação das queixas e das demandas apresentadas. Tem-se também, como ponto fundamental na puericultura, a identificação de situações de vulnerabilidade social e de fatores de risco aos quais esse público possa estar exposto.

O contato médico próximo permite observar peculiaridades geralmente não diagnosticadas e avaliadas sem o contato rotineiro com o paciente e a sua família. Portanto, entender o papel da puericultura e de sua importância é primordial para gerar o pleno desenvolvimento saudável, minimizando efeitos das condições adversas a qual a criança e sua família podem estar submetidas.

Este capítulo, portanto, tem como objetivo principal fornecer ao profissional da saúde uma forma prática de realizar este acompanhamento, abrangendo os pontos fundamentais do atendimento pediátrico.

2. COMUNICAÇÃO NA CONSULTA

A consulta pediátrica possui características próprias para atingir uma boa relação médico-paciente-família. Existem pontos fundamentais a serem discutidos, necessários para avaliar todos os pontos englobados pela puericultura, mantendo-se em tempo hábil e, principalmente, sendo realizada de forma efetiva.

Para isso, temos como objetivo estabelecer um canal de comunicação seguro, desde o primeiro atendimento, permitindo a construção de um vínculo entre a família e o profissional de saúde. É importante que, neste primeiro atendimento, haja um período hábil para que o cuidador conheça o profissional e tire suas principais dúvidas e fale sobre suas expectativas em relação às próximas consultas.

Proporcionar um ambiente acolhedor, em local calmo, sem interrupções e com escuta ativa e empática também faz parte do processo da comunicação em puericultura. Portanto, além de saber ouvir, orientar e fornecer informações claras, é necessário atentar-se ao ambiente de atendimento, ao zelo com o espaço, à vestimenta do profissional, além do cuidado ao dirigir-se ao seu paciente.

Por fim, mas não menos importante, é essencial e obrigatório considerar a criança no contexto de comunicação, afinal, este é o seu paciente e, assim como os cuidadores, necessita ser esclarecido sobre sua situação de saúde, necessitando também que seus medos e dúvidas sejam sanadas, além de esclarecido, sempre, sobre o seu papel na promoção da própria saúde e prevenção de doenças. Isso deve ser feito respeitando as limitações inerentes à cada faixa etária, utilizando linguagem adequada.

3. ROTINA DA PUERICULTURA

A avaliação periódica mínima ideal deve ser realizada conforme abaixo:

- Mensal até 6º mês
- Trimestral do 6º ao 12º mês
- Semestral de 12 até 24 meses

- Anual a partir do 3º ano de vida.

A criança deve ser acolhida e avaliada sempre que necessitar de atendimento, ainda que não seja em data prevista pela consulta de puericultura. O acompanhamento deve ser avaliado e, se necessário, em maior frequência, em casos de crianças que estejam sujeitas a maiores riscos, como prejuízo no desenvolvimento, no crescimento, em situações de vulnerabilidade e em outras afecções.

4. CONTEÚDO DAS CONSULTAS

4.1. PRIMEIRA AVALIAÇÃO APÓS O NASCIMENTO:

Ainda que a avaliação, em teoria, seja realizada em um primeiro atendimento em ambiente hospitalar, em contexto de saúde pública necessitamos assegurar que a avaliação seja realizada por completo, já que o diagnóstico precoce de inúmeras alterações pode e é realizado neste primeiro momento. Portanto, o profissional deve assegurar-se que realizará a consulta como a primeira avaliação da vida do recém-nascido, mesmo que tenha sido realizada previamente.

Esta consulta deverá ocorrer na primeira semana de vida da criança, de forma completa. Adiante serão detalhados os passos da anamnese e exame físico a serem realizados.

Assim como a comunicação efetiva, a consulta permite ao profissional facilitar que haja o aleitamento materno exclusivo, além do cumprimento do calendário de vacinação e a verificação da realização da triagem neonatal.

4.2. ANAMNESE NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO:

Deve-se avaliar as condições de nascimento e condições socioeconômicas do recém-nascido, abordando:

- tipo de parto
- local de nascimento
- intercorrências clínicas e respectivas terapias na gestação, parto e período neonatal
- peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer
- idade gestacional
- índice de apgar
- Idade materna

- Renda familiar
- Tipo de moradia
- Rede de apoio da criança

4.3. EXAME FÍSICO NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO

A abordagem a seguir se dá, principalmente, para a primeira avaliação, de forma mais detalhada. Os tópicos citados podem ser usados para orientar a sequência de avaliação da criança, norteando as consultas subsequentes.

Estado geral: Envolve avaliar a postura que, normalmente, é simétrica e fletida, semelhante à fetal, além de avaliar a ectoscopia, o padrão respiratório e uma avaliação global no momento da consulta.

Face: Avalia-se quanto a presença de alterações marcantes, como deformidades, fácies sindrômicas, assimétricas, lesões de pele, entre outros.

Crânio: Observar se há assimetrias, fontanelas túrgidas, abauladas ou deprimidas, além de lesões visíveis.

- fontanela anterior: losangular, mede de 1 cm a 4 cm, fecha-se do 9º ao 18º mês. Não deve estar fechada no momento do nascimento.
- fontanela posterior: triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês.

Olhos: Realizar inspeção externa do olho e pálpebra, avaliação da motilidade ocular, como também avaliar o reflexo fotomotor e se há assimetrias como estrabismo, que pode ser fisiológico nessa idade. Além disso, avaliar sinais de infecção, corpo estranho e conjuntivite química, ocasionada devido ao uso de nitrato de prata, aplicado nos primeiros cuidados ao recém-nascido.

Orelhas: avaliar a altura da implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.

Nariz: avaliar sinais de infecção, como presença de secreção.

Boca: observar os lábios, atentando-se à sua colocação e à presença de lesões ulcerativas, como também aos componentes da orofaringe, como a simetria da úvula, o tamanho da língua, o palato e o freio lingual.

Pescoço: observar se há posição viciosa da cabeça que sugira torcicolo congênito.

Tórax: avalie a simetria, expansibilidade e ausculta pulmonar. Deve-se palpar clavículas e outros locais que possam apresentar fraturas decorrentes de tocotraumatismo.

Abdome: observe a respiração, com padrão abdominal. Em pacientes com hérnia inguinal, há indicação cirúrgica imediata. No entanto, hérnias umbilicais são comuns e não exigem conduta semelhante à anterior. Em recém-nascidos, é fundamental observar se a região umbilical, questionar como estão sendo os cuidados de higiene no local, e se apresenta sinais de infecção que sugiram onfalite, devendo encaminhá-la para a emergência.

Genitália: Atenção: deve ser observado o jato urinário e coloração da urina em ambos os sexos.

- Masculina

Palpar a bolsa escrotal, observando se há a presença de testículos, acumulo de liquido na região. Observar se há fimose e avaliar a localização do meato urinário.

  - A ausência de testículos, exige seguimento especializado, com realização de exames de imagem, especialmente se associado a outras alterações geniturinárias.
  - A hidrocele em geral tem resolução espontânea até os 2 anos de idade.
  - A fimose é fisiológica ao nascimento. Seu diagnóstico é dado através do exame físico, sendo possível confirmá-lo após 1 ano de idade. A idade ideal para realizar a cirurgia de fimose é após 1 ano e antes dos 18 meses de idade.

- Feminina

Observar se há a presença de lesões visíveis ou secreção.

  - Em recém-nascidos, a secreção pode se dar devido aos hormônios produzidos através da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, com alta produção de GnRH, que se resolvem espontaneamente.

Anus e reto: em recém-nascidos, observar se há permeabilidade do orifício anal, sua posição e se há lesões visíveis.

Sistema osteoarticular: observar se há assimetrias que necessitem de abordagem especializada. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros, além de realizar testes específicos, como, Barlow e Ortolani.

Coluna vertebral: Deve-se palpar a linha média da coluna, buscando-se a presença de espinha bífida, meningocele e outros defeitos, principalmente na região sacrolombar, entre outras, que necessitem de abordagem especializada. No caso de lesões ocultas, a presença de pelos locais em região dorsal, hemangiomas capilares, fossetas ou acúmulo anormal de

gordura, como outras manifestações cutâneas, podem sugerir alterações importantes, como espinha bífida oculta, ainda que não visíveis.

Avaliação neurológica: em recém-nascidos, realizar testes de reflexos primitivos: sucção, preensão palmo-plantar e cutâneo-plantar em extensão.

4.4. EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL UNIVERSAL:

Fundamentais para prevenir e/ou detectar doenças precocemente, diminuindo a morbimortalidade infantil, através de intervenção precoce e tratamento adequado, quando possível. Essa triagem se dá a partir da criação da Política Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) pelo Ministério da Saúde, que inclui os seguintes testes: triagem biológica (teste do pezinho), triagem auditiva e triagem ocular.

- Triagem auditiva: orienta-se que seja realizada até os 3 meses de vida. Tem-se como objetivo a identificação precoce de alterações e o manejo adequado destas, permitindo o desenvolvimento de linguagem semelhante ao de crianças na mesma idade sem afecções auditivas. É recomendado realizar a triagem por meio das emissões otoacústicas transientes (EOAT) e pesquisa do reflexo cócleo palpebral (RCP).
- Triagem biológica (teste do pezinho): realizado no intuito de rastreamento precoce de doenças que necessitem de diagnóstico e tratamento precoces, relacionados a sequelas se não identificados. Deve ser colhido em todo RN com 3 a 5 dias de vida, de preferência no 3º dia.
- Composto de 4 fases:

  fase I: fenilcetonúria – hipotireoidismo congênito;

  fase II: doença falciforme;

  fase III: fibrose cística;

  fase IV: hiperplasia adrenal congênita – deficiência de biotinidase.

  - Triagem ocular (teste do olhinho): deve ser realizado antes da alta da maternidade. O teste é considerado normal quando os olhos apresentam um reflexo vermelho brilhante. Pontos pretos, assimetria ou a presença de reflexo branco (leucocoria) orientam a realização de avaliação cuidadosa. Nesses casos, o paciente necessita de seguimento especializado. O teste pode detectar doenças como: catarata congênita; retinopatia da prematuridade;

retinoblastoma; glaucoma congênito; descolamento de retina; hemorragia vítrea.

4.5. CONSULTAS SUBSEQUENTES

É fundamental que sejam direcionadas às principais queixas dos cuidadores e da criança, sendo necessário avaliar:

- Anamnese direcionada às queixas e intercorrências
- Exame físico da criança
- Tipo de alimentação ofertada
- Avaliação do crescimento e do desenvolvimento
- Investigação da situação vacinal
- Avaliação da diurese e do hábito intestinal
- Avaliação da saúde bucal, higiene física e mental

4.6. MONITORIZAÇÃO DO CRESCIMENTO

O seguimento deve ser feito desde a vida intrauterina até o fim da adolescência.

É importante a verificação da estatura, do perímetro cefálico e do peso. Durante os dois primeiros anos de vida, alterações nesses parâmetros podem estar relacionadas a várias doenças.

Peso:

Em média, o ganho de peso no primeiro ano de vida se dá:

De 0 a 3 meses - 750 a 900 gramas por mês

De 3 a 6 meses - 450 a 600 gramas por mês

De 6 meses a 1 ano - 300 a 400 gramas por mês

Obs - A perda de peso de até 10% ao nascer e a sua recuperação até o 15º dia de vida são consideradas normais.

Avalia-se o peso tanto pontualmente, na consulta de rotina, quanto a sua curva de progressão ao longo do tempo, mensurando se há alteração no crescimento. Por isso, a importância de preencher corretamente os gráficos presentes na caderneta da criança, que acompanham ao longo do tempo o peso, comprimento/estatura e perímetro cefálico, de acordo com a idade, separando-os ainda de acordo com o sexo da criança.

Comprimento

No primeiro ano de vida, a criança cresce em média 25 cm sendo 15 cm no primeiro semestre e 10 cm no segundo.

No segundo ano de vida cresce em média 10 a 12 cm.

Perímetro cefálico (PC)

Faz parte da avaliação rotineira e, juntamente com a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, pode nortear a existência de doenças neurológicas. É fundamental sua avaliação desde o nascimento até os 36 meses e em todas as consultas pediátricas. Seus valores podem nortear a existência de doenças neurológicas.

Em RN a termo, o PC:

- aumenta 2 cm/mês durante os primeiros 3 meses de vida
- 1 cm/mês até aos 6 meses
- 0,5 cm/ mês entre 6 e 24 meses.

Em RN pré-termo, o PC:

- aumenta 1 cm/semana nos primeiros 2 meses
- 0,5 cm/mês nos 2 meses seguintes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), foram estabelecidos os seguintes valores dos PC:

- nascimento – meninas 31 a 36 cm; meninos 31 a 37 cm;
- 1 ano – meninas 42 a 47 cm; meninos 43 a 48 cm;
- 2 anos – meninas 44 a 50 cm; meninos 45 a 51 cm;
- 3 anos – meninas 45 a 51 cm; meninos 46 a 52 cm;
- 4 anos – meninas 46 a 52 cm; meninos 47 a 53 cm;
- 5 anos – meninas 47 a 52 cm; meninos 47 a 53 cm.

Marcos do desenvolvimento:

Baseado na Diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria, foi selecionado os principais marcos do desenvolvimento a serem observados na criança, descritos a seguir:

2 meses
Reage ao som Observa um rosto segue objetos ultrapassando a linha média emite sons diferentes do choro eleva a cabeça e os ombros na cama na posição prona sorri
4 meses
segue com olhar até 180° grita senta com apoio sustenta a cabeça agarra um brinquedo colocado em sua mão
6 meses
procurar objetos fora do alcance volta-se para o som rola no leito iniciar uma interação
9 meses
transmite objetos de uma mão para outra balbucia senta sem apoio estranhamento (prefere pessoas do seu convívio) brinca de esconde-achou
12 meses
bate palmas, acena combina sílabas fica em pé pinça completa (polpa a polpa) segura o copo ou a mamadeira
15 meses
primeiras palavras primeiros passos é ativa e curiosa
18 meses
anda rabisca obedece a ordens nomeia objetos
24 meses
sobe escadas corre formula frases simples (‘dá água’) retira uma vestimenta tenta impor sua vontade

Fonte: Autores (2021)

Desenvolvimento social e psicoafetivo:

Observe e avalie o relacionamento da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: como respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo.

4.7. MANEJO DO PACIENTE

Identificação de vulnerabilidades:

Pacientes com as seguintes características são sujeitos a um pior desenvolvimento ao longo da vida:

- Crianças residentes em área de risco;
- Baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g);
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais);
- Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto;
- Internações/intercorrências;
- Mãe com menos de 18 anos de idade;
- Mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo);
- História familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade.

Alimentação infantil:

Tópicos a serem abordados em consulta sobre o AM:

- Importância do AM e desvantagens da introdução precoce de outros alimentos
- Importância do adequado esvaziamento da mama
- Amamentação em livre demanda
- Uso de medicamentos, drogas de abuso, tabagismo e alcoolismo e sua relação com o AM
- Direitos garantidos à mulher durante o AM
- Observação da mamada
- Possíveis dificuldades no AM

Tipos de AM e sua relação com a faixa etária da criança

- Exclusivo - somente leite materno + medicamentos;
- Predominante - leite materno, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas, soro de reidratação oral, vitaminas, minerais e medicamentos;

- Complementado - leite materno + alimentos sólidos, semissólidos (papas, frutas, mingaus), ou líquidos;
- Misto ou parcial - leite materno + outros tipos de leite.

Alimentação saudável

A alimentação saudável se enquadra como importante fator para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Portanto, o seu estímulo, conforme cada faixa etária da criança, devem ser constantemente realizados e as dificuldades para atingi-la devem ser precocemente identificadas e corrigidas.

A OMS orienta que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses e complementado até pelo menos os dois anos de idade.

A introdução dos alimentos complementares deve ser gradual. Nessa fase, é necessário ofertar água nos intervalos das refeições.

Após os 6 meses, a oferta de alimentos deve ser realizada três vezes ao dia, se a criança estiver em AM.

Em crianças sem amamentar, ofertar cinco refeições ao dia, incluindo duas papas principais e três porções de leite, além das frutas.

Aos 8 meses, ofertar a alimentação básica da família, restringindo o uso de condimentos, industrializados, pimenta e alimentos ricos em gordura.

Deve ser evitado enlatados, estimulantes com cafeína, balas e outras guloseimas nos primeiros anos de vida.

Em crianças doentes, deve ser ofertado alimentação habitual conforme sua aceitação.

Para crianças a partir de 1 ano, deve-se adicionar mais dois lanches ao dia, com fruta ou leite e incentivar a ingesta de 600mL de leite de vaca, além de outros derivados.

O capítulo de Alimentação detalha sobre as orientações a serem dadas à família.

Calendário de imunizações:

Idealmente, deve ser orientado o seguimento conforme o Programa Nacional de Imunizações e revisado em todas as consultas se o calendário vacinal está atualizado. O capítulo de imunizações neste livro detalha sobre o seguimento ideal.

Higiene do sono:

Os distúrbios do sono devem ser investigados nas consultas, pois trazem impacto importante no convívio familiar. Estimular a higiene do sono pode evitar ou minimizar essa queixa, independentemente da idade do paciente. No entanto, é importante orientar que não

há necessidade de horários definidos para dormir. Além disso, deve ser orientado aos cuidadores que o aleitamento materno deve ser ofertado durante a madrugada também, o que favorece a regulação do sono após 3-4 meses de vida.

Através disso, o adequado sono favorece o desenvolvimento neuropsicomotor, familiar e social da criança, além de fortalecer os laços familiares ao inserir os cuidadores na rotina de sono da criança.

Durante o processo de desenvolver o hábito de sono adequado, a constante dificuldade dos pais, mesmo após instruções, deve ser adequadamente investigada, pois pode estar relacionada a maus hábitos e ambiente inadequado antes ou durante o processo do sono, que necessitam ser corrigidos. Por fim, é importante orientar que, apesar de todas as orientações dadas, o padrão de sono da criança torna-se semelhante ao do adulto após 6 anos de idade.

Alguns passos importantes a serem abordados:

- Pode-se manter cochilos diurnos, devendo durar até 30 minutos.
- Deve ser criado uma rotina de sono, com músicas calmas e em volume baixo, histórias leves.
- O ambiente deve ser silencioso, calmo, com luz fraca. Não falar alto e ser breve, mesmo durante o despertar noturno.
- Deve existir um horário regular para dormir e acordar todos os dias, incluindo finais de semana e feriados.
- A criança deve estar em sua cama, sendo esta própria ou compartilhada com os pais, ainda acordada, sabendo que chegou o momento de dormir.
- Evitar ofertar estimulantes (chocolate, refrigerante, chá mate, cafeinados), restringindo-os até 4 horas antes de dormir.

Suplementação de micronutrientes:

- Vitamina D
  - Dose preventiva de 400 UI para lactentes de até 12 meses e 600 UI para os maiores de 1 ano.
- Ferro
  - RN nascidos a termo: 1 mg de ferro elementar/kg de peso/dia a partir do terceiro mês de vida – independentemente se em aleitamento materno exclusivo, misto ou artificial, até o 24º mês de vida.

- RN prematuros e/ou baixo peso:
  - RN prematuro e/ou de baixo peso até 1.500 g: 2 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30o dia até 1 ano
  - RN prematuro, peso entre 1.500 e 1.000 g: 3 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30o dia até 1 ano
  - RN prematuro Peso < 1.000 g: 2 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30o dia até 1 ano
  - Em todos os RN prematuros, suplementar 1 mg/kg/dia a partir de 1 ano até 2 anos de vida.

- Vitamina A
  - No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda, em regiões de comprovada deficiência de vitamina A, o "Programa de Suplementação de vitamina A" com "megadose" única para crianças – pelo risco de mortalidade por pneumonia, diarreia e sarampo.
  - A posologia varia com idade: dose de 100.000 UI quando administrada entre 6-12 meses, e 200.000 UI para crianças de 12-59 meses, realizando a cada 6 meses.

5. CASO CLÍNICO

Um paciente masculino de 6 meses apresenta 68 cm de estatura, pesando 8 kg e com perímetro cefálico de 36cm. Sua alimentação é baseada em aleitamento materno e em leite de vaca desde o nascimento. Apresenta vacinação com 1 dose de BCG, 1 dose de hepatite B, 2 doses de pentavalente, 2 doses de rotavírus, 2 doses de meningocócica C e 2 doses de pneumocócica 10.

1) Qual o erro alimentar desse lactente?

A - Alimentação ofertada não traz grandes prejuízos para o paciente.

B - Paciente não realizou aleitamento materno exclusivo preconizado até o quarto mês de vida.

C - Introdução do leite de vaca antes do primeiro ano.

D - Uso de leite de vaca. Este, no entanto, é a melhor opção, em relação à fórmula láctea modificada.

E - Uso de leite de vaca. Seu baixo teor proteico está associado à desnutrição infantil no futuro.

2) Como deve ser a alimentação ideal a partir da idade atual do paciente?

A - ofertar alimentos sólidos e leite materno, sem ofertar chás, água ou outros alimentos.

B - Ofertar alimentos complementares a partir dos seis meses, três vezes ao dia, com horários fixos.

C - A alimentação complementar ao leite materno deve ser ofertada gradativamente, respeitando a vontade e a fome da criança.

D - A introdução alimentar deve ser iniciada de forma lenta e gradual mantendo o leite materno até um ano de idade, no máximo.

E - Deve-se dar preferência a alimentos peneirados ou liquidificados, devido a facilidade de ingestão pela criança.

3) Quais são as vacinas para crianças de 6 meses segundo o calendário Vacinal do Ministério da Saúde?

A - 3ª dose da pentavalente e 3ª dose da vacina inativada da poliomielite.

B - meningocócica C e vacina oral contra rotavírus humano.

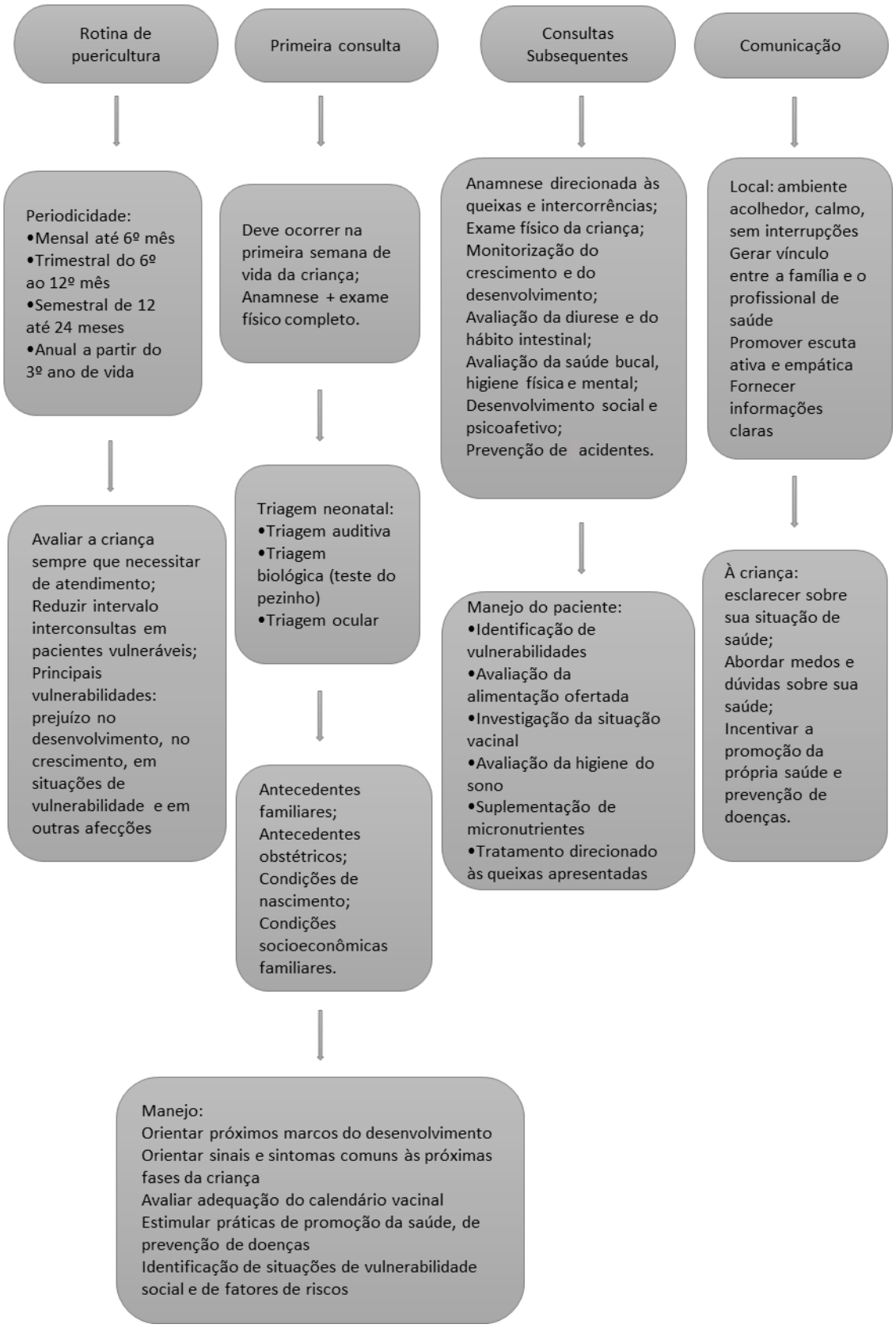
C - Apenas a vacina da febre amarela se houver indicação formal.

D - meningocócica C e tríplice viral.

E - Vacina pentavalente e 2ª dose da vacina oral contra rotavírus humano.

Gabarito: 1C, 2C, 3A

FLUXOGRAMA


Rotina de puericultura
Primeira consulta
Consultas Subsequentes
Comunicação
Periodicidade:
•Mensal até 6º mês
•Trimestral do 6º ao 12º mês
•Semestral de 12 até 24 meses
•Anual a partir do 3º ano de vida
Deve ocorrer na primeira semana de vida da criança;
Anamnese + exame físico completo.
Anamnese direcionada às queixas e intercorrências;
Exame físico da criança;
Monitorização do crescimento e do desenvolvimento;
Avaliação da diurese e do hábito intestinal;
Avaliação da saúde bucal, higiene física e mental;
Desenvolvimento social e psicoafetivo;
Prevenção de acidentes.
Local: ambiente acolhedor, calmo, sem interrupções
Gerar vínculo entre a família e o profissional de saúde
Promover escuta ativa e empática
Fornecer informações claras
Avaliar a criança sempre que necessitar de atendimento;
Reduzir intervalo interconsultas em pacientes vulneráveis;
Principais vulnerabilidades: prejuízo no desenvolvimento, no crescimento, em situações de vulnerabilidade e em outras afecções
Triagem neonatal:
•Triagem auditiva
•Triagem biológica (teste do pezinho)
•Triagem ocular
Manejo do paciente:
•Identificação de vulnerabilidades
•Avaliação da alimentação ofertada
•Investigação da situação vacinal
•Avaliação da higiene do sono
•Suplementação de micronutrientes
•Tratamento direcionado às queixas apresentadas
À criança:
esclarecer sobre sua situação de saúde;
Abordar medos e dúvidas sobre sua saúde;
Incentivar a promoção da própria saúde e prevenção de doenças.
Antecedentes familiares;
Antecedentes obstétricos;
Condições de nascimento;
Condições socioeconômicas familiares.
Manejo:
Orientar próximos marcos do desenvolvimento
Orientar sinais e sintomas comuns às próximas fases da criança
Avaliar adequação do calendário vacinal
Estimular práticas de promoção da saúde, de prevenção de doenças
Identificação de situações de vulnerabilidade social e de fatores de riscos

REFERÊNCIAS

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. Jornal de Pediatria. [S.L.]: [s.n.], 2003. V.79, n.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a infância. Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http:// portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3_ihac_alta.pdf>. Acesso em: 28 out. 2009.

Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/ secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao. Acesso em: 24 de jan.2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, no 33)

Peñas J, Andújar F. Alteraciones del perímetro craneal: microcefalia y macrocefalia. Pediatr Integral 2007; XI(8):701-16.

PORTO, CC. Semiologia Médica. 7a Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Pediatria Ambulatorial. Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Adolescência. Manual de Orientação. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. No 10, janeiro de 2019.

TOURINHO, AB; REIS, LBSM. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. Com. Ciências Saúde, 2013. 22(4): 19-30.

Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [recurso eletrônico] / Organizadores: Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias– 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 vols.

Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. – 2.ed. – Barueri, SP: Manole, 2010.

Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/ secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao. Acesso em: 24 de jan.2015.

CAPÍTULO II

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-2

Autor(a): Bárbara Ponte Souza
Coautores: Letícia Benevides Cavalcante Soares
Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Yasmin Saboia Moreira
Orientador(a): Renata Freitas Lemos de Oliveira

1. INTRODUÇÃO

O acompanhamento e a avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança constituem etapas fundamentais de todas as consultas sistemáticas de revisão da saúde dos infantes, desde o seu nascimento até os 10 anos de idade.

O crescimento é expresso pelo aumento do tamanho corporal, sendo influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), entre os quais se destacam a saúde, a alimentação, a habitação e as condições de higiene da criança, que podem atuar auxiliando ou dificultando tal processo. Sua mensuração para avaliação e acompanhamento se dá por meio das medidas antropométricas da criança, como o peso, a altura, o IMC e o perímetro cefálico.

Por sua vez, o desenvolvimento é um conceito amplo que se refere às transformações físicas, cognitivas e psicossociais do indivíduo e que na infância é mediado por outras pessoas, como membros da família, profissionais da educação e da saúde, entre outros. Sua avaliação pode se dar de forma indireta, por meio de uma conversa em que o profissional da saúde verifica com os responsáveis se a criança alcançou os marcos de desenvolvimento esperados para sua faixa etária, ou de forma direta, em que o médico, em uma interação com a criança, busca suscitar as habilidades que se deseja identificar.

Uma puericultura elaborada, além de garantir a promoção da saúde, permite a detecção precoce de alterações no crescimento e no desenvolvimento, viabilizando assim um melhor prognóstico de doenças e agravos. Nesse contexto, a Caderneta de Saúde da Criança

(CSC), distribuída pelo Ministério da Saúde (MS), surge como um instrumento de vigilância facilitador, que traz orientações sobre os cuidados com a criança em todas as suas fases e contém espaços para registro de dados de identificação, história obstétrica e neonatal, crescimento e desenvolvimento, entre outros. Profissionais da saúde devem sempre estar atentos para o seu adequado e completo preenchimento, além de estimularem constantemente o uso da caderneta pelos cuidadores das crianças.

1.1. PERFIL DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO

Para uma boa estratégia de acompanhamento sistemático das crianças, o Ministério da Saúde orienta que, no começo da vida, quando o bebê é mais frágil e vulnerável, o número de consultas deve ser mais frequente, sendo recomendadas sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), duas no 2º ano (18º e 24º mês) e, a partir do 3º ano de vida, consultas anuais, de preferência próximas ao mês de aniversário. Crianças que necessitam de maior atenção, como as que se encontram em quadro de extrema pobreza; residem em área de risco; possuem deficiências; são prematuras (< 37 semanas); nasceram com peso menor que 2.500g; apresentaram Apgar menor que 7 no 5º minuto e que são filhas de mães adolescentes, usuárias de drogas ou com depressão, devem ser vistas ainda com mais periodicidade.

A cada consulta, o médico de família e comunidade irá avaliar e entender o perfil de crescimento e desenvolvimento de cada criança com base em diversos fatores sociofamiliares e ambientais da comunidade na qual ela está inserida. Levando sempre em consideração cada realidade específica, deve-se estar atento a algumas etapas que constituem parte fundamental para a avaliação mais fidedigna desses dois parâmetros, a listar:

- Fazer uma anamnese detalhada, sempre com um olhar ampliado e uma escuta aberta. A depender das queixas trazidas pela família, deve-se então ir especificando as perguntas para conduzir melhor a avaliação em busca de diagnósticos diferenciais;
- Conversar com os pais/cuidadores sobre como tem sido e o que eles acham do comportamento do bebê ou da criança, da sua alimentação, do seu temperamento e sobre as suas condições de higiene;
- Examinar o infante, verificando a existência de fatores de desenvolvimento associados à sua idade, e valorizar as atividades que ele já realiza;

- Realizar as medidas antropométricas de peso, comprimento/altura, IMC e perímetro cefálico, com os seus respectivos registros nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança para garantir o acompanhamento longitudinal;
- Estar atento à presença de fatores de risco.

É importante ressaltar que, durante as consultas de vigilância, a avaliação deve ser feita em um ambiente propício e tranquilo, com a criança em boas condições emocionais e de saúde, a fim de evitar erros de julgamento (que podem ocorrer também em razão de fome, sono ou período pós-prandial). Quando há impossibilidade de realizar o exame, ou se algum item da avaliação deixou dúvidas, deve-se marcar um retorno o mais breve possível para que se possa proceder com segurança.

1.1.1. CRESCIMENTO

O perfil de crescimento da criança apresenta uma ampla variação de normalidade, o que significa que queixas relacionadas a isso nem sempre estarão associadas a uma patologia clínica. É o monitoramento do crescimento infantil que permite a identificação daqueles com maiores riscos de morbimortalidade e a remoção dos entraves existentes para o crescimento saudável, garantindo, assim, uma maior promoção e proteção da saúde do bebê e da criança. Nesse sentido, a antropometria, que deve estar sempre associada a uma boa anamnese (incluindo história do pré-natal e da gestação, condições do nascimento, tipo de parto, tempo de gravidez e peso ao nascer), tem o objetivo de separar as crianças com desvios de crescimento daquelas com crescimento habitual, mediante índices (peso para idade, comprimento/altura para idade, IMC para idade, perímetro cefálico para idade) com pontos de corte que são baseados na distribuição dos índices de crianças de uma população de referência. Por recomendação da OMS, os índices têm sido apresentados sob forma de curvas de desvios-padrão (unidade em escores Z) e o ponto de corte utilizado para diagnóstico de desvios no crescimento têm sido de mais ou de menos 2 desvios-padrão em relação à mediana. As curvas de referência utilizadas são as de 2006 da OMS para crianças de 0 a 5 anos, e as de 2007 para crianças de 5 a 10 anos.

É durante o acompanhamento longitudinal do crescimento da criança que o profissional, com o uso dos diferentes índices, curvas de crescimento e a análise clínica, poderá fazer um adequado diagnóstico de problemas de crescimento e de ganho de peso, tendo sempre em mente também o padrão observado nas crianças de cada comunidade a

qual ele atende. Na Caderneta de Saúde da Criança, diferenciada por sexo, estão disponibilizadas as seguintes curvas, expressas em desvio-padrão, para avaliação:

- Recém-nascidos pré-termo (RNPT): perímetro cefálico, peso e comprimento correspondente ao período de 27 a 64 semanas. Após isso, o acompanhamento deve ser feito com a idade corrigida pelas curvas da OMS/MS.
- De 0 a 2 anos: perímetro cefálico/idade, peso/idade, comprimento/idade e IMC/idade.
- De 2 a 5 anos: peso/idade, altura/idade e IMC/idade.
- De 5 a 10 anos: peso/idade, altura/idade e IMC/idade.

Vale salientar que a idade corrigida deve ser utilizada para fins de avaliação do crescimento, do desenvolvimento, do exame neurológico e para a alimentação até os 2 anos de idade cronológica do bebê prematuro. Para realizar o seu cálculo, basta subtrair o número de meses faltantes para completar 40 semanas de gestação da idade cronológica do infante (Idade corrigida = Idade cronológica – [40 semanas – Idade gestacional]).

A cada consulta, é importante que, ao realizar a antropometria, o médico pontue adequadamente cada medida no respectivo gráfico, e observe a curva que se forma com a junção dos pontos de cada medição feita. Algumas considerações são importantes para a interpretação das curvas dos índices:

- A curva de uma criança que está crescendo adequadamente se apresenta de forma paralela à curva de referência, seja acima ou abaixo dela.
- Um traçado horizontal deve ser investigado, pois sugere que a criança não está crescendo.
- Qualquer desvio rápido, seja para cima ou para baixo, da tendência da curva de crescimento da criança também deve ser investigado.
- Um ponto localizado fora da área entre as linhas que indicam +2 e -2 desvios-padrão, indica um provável problema no crescimento.
- Um traçado que cruze uma linha de escore Z pode significar um risco à saúde da criança.

A tabela 1 abaixo revela a classificação adotada pela OMS e pelo Ministério da Saúde de acordo com os diferentes índices:

Tabela 1 – Classificação da criança segundo idade e posição dos índices nas curvas de crescimento

Escore Z	Comprimento ou Altura/Idade	Peso/Idade	IMC/Idade
0 a 5 anos			
+3	Muito elevado	Muito elevado	Obesidade
+2	Elevado	Elevado	Sobrepeso
+1	Adequado	Adequado	Risco de sobrepeso
Média	Adequado	Adequado	Adequado
-1	Adequado	Adequado	Adequado
-2	Baixo	Baixo peso	Magreza
-3	Muito baixo	Muito baixo peso	Magreza Acentuada
5 a 10 anos			
+3	Muito elevado	Muito elevado	Obesidade grave
+2	Elevado	Elevado	Obesidade
+1	Adequado	Adequado	Sobrepeso
Média	Adequado	Adequado	Adequado
-1	Adequado	Adequado	Adequado
-2	Baixo	Baixo peso	Magreza
-3	Muito baixo	Muito baixo peso	Magreza acentuada

Fonte: Duncan, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências (4ª edição)

1.1.2. DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento infantil é caracterizado por habilidades motoras, sensitivas, cognitivas, psicossociais e de linguagem que gradualmente vão sendo adquiridas pelo infante desde o seu nascimento. Por sofrer influência de aspectos da gestação, do cuidado recebido pela criança e da condição socioeconômica em que ela se encontra, o desenvolvimento não é algo padronizado, e por isso deve ser avaliado e acompanhado segundo o perfil de habilidades observado na população de cada comunidade atendida pelo médico de família e comunidade. O desenvolvimento de uma criança cuja família possui maior escolaridade e disponibilidade de recursos irá se dar de maneira diferente daquela proveniente de uma família menos escolarizada, por exemplo, e entender isso é necessário para que se faça uma análise mais segura e confiável de cada criança a fim de evitar condutas de referenciamento dispensáveis e preocupações familiares desnecessárias.

O perfil de desenvolvimento de cada infante, portanto, é delineado com base nas avaliações do profissional, levando sempre em consideração a realidade na qual a criança está inserida. Nesse contexto, a avaliação irá ocorrer ao longo de toda a consulta, desde o primeiro momento em que a criança entra no consultório com sua mãe ou cuidador, onde alguns aspectos do desenvolvimento já podem ser observados (como a forma com que a criança é segurada e estabelece contato com seu cuidador, se está bem higienizada e se demonstra

interesse pelo ambiente através de busca visual, por exemplo). Ela deve contar também com um processo de anamnese bem detalhada, que vise identificar fatores de risco e alterações físicas associadas a problemas no desenvolvimento (Tabelas 2 e 3); de escuta qualificada dos pais, que permita considerar suas informações e opiniões e de avaliação clínica que busque verificar os comportamentos adaptativos (marcos do desenvolvimento) conquistados pelo infante.

Tabela 2 - Fatores de risco que influenciam o crescimento e o desenvolvimento infantil

Fatores de risco que influenciam o crescimento e o desenvolvimento infantil	
Fator de risco	**Descrição**
Individual	Pré-natal não realizado ou incompleto, problemas na gestação ou no parto, prematuridade (< de 37 semanas), baixo peso, hospitalização no período neonatal, desmame precoce (antes dos 6 meses de vida), antecedentes patológicos, genética (p. ex. casos de deficiência ou doença mental na família), baixa resiliência
Familiar	Baixa escolaridade dos pais, baixa renda, conflitos familiares, depressão materna, pais jovens, parentesco entre os pais, violência doméstica, gestação não planejada, abuso de álcool e substâncias ilícitas
Ambiental	Saneamento deficiente, falta de recursos sociais (creche, escolas, clubes e parques), violência, alta densidade populacional, dificuldade de acesso a alimentos saudáveis, facilidade de consumo dos alimentos processados

Fonte: Adaptado de Gusso, G. et al. Tratado de Medicina de Família (2ª edição) e Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania (2ª edição). Brasília, 2020.

Tabela 3 - Alterações físicas associadas a problemas no desenvolvimento infantil

Alterações físicas associadas a problemas no desenvolvimento infantil
▪ Perímetro cefálico menor do que -2 escores Z ou maior do que +2 escores Z ▪ Fenda palpebral oblíqua ▪ Olhos afastados ▪ Implantação baixa de orelhas ▪ Lábio leporino ▪ Fenda palatina ▪ Pescoço curto e/ou largo ▪ Prega palmar única ▪ 5º quirodáctilo (dedo da mão) curto e recurvado

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania (2ª edição). Brasília, 2020.

Desde o seu nascimento, a cada fase em que a criança se encontrar, é imprescindível que ela seja estimulada para que tenha oportunidades de se desenvolver em toda a sua potencialidade, além de ser valorizada por cada nova habilidade por ela adquirida. Uma

atenção especial deve ser dada durante os três primeiros anos, pois é na vida extrauterina que o sistema nervoso mais cresce e amadurece, ocorrendo, dentre outros eventos, a mielinização e a formação de sinapses devido a maior plasticidade dessa fase, o que torna o cérebro infantil mais apto para mudanças por influência do ambiente. Dessa forma, diagnósticos e intervenções precoces são fundamentais para a mudança de desfechos, com melhores prognósticos para possíveis atrasos e/ou problemas no desenvolvimento do lactente ou da criança.

Diante disso, a primeira consulta do bebê já deve se dar nos primeiros dias de vida, de preferência dentro de até 15 dias. O recém-nascido (0 a 29 dias) se caracteriza pela presença de reflexos primitivos, que cessam ao longo dos meses até a criança completar por volta de um ano de idade, e pelo predomínio do tônus flexor, apresentando-se constantemente com as mãos fechadas e os membros em flexão, que gradualmente, ao longo dos três primeiros meses, vão evoluindo para extensão. Os sentidos da visão e da audição são os que mais rapidamente evoluem, e esse fato somado ao padrão motor ainda imaturo do recém-nascido (RN) confirma a necessidade de se priorizar o exame neurológico da criança nessa fase, avaliando sua função sensorial e motora:

- Visão: avaliar se o bebê consegue focalizar alguns objetos a poucos centímetros e se demonstra preferência pelo rosto do cuidador; pesquisar a presença do reflexo vermelho (deve ser realizado 2 a 3x/ano até os 3 anos e 1x/ano até os 5 anos) e fotomotor.
- Audição: avaliar se reconhece e se acalma com a voz da mãe, se assusta ou se chora com sons altos e repentinos; verificar presença do reflexo cocleopalpebral.
- Padrão motor: avaliar o tônus muscular e a presença dos reflexos transitórios.

É importante lembrar que a avaliação neuropsicomotora dos RNPT deve se dar conforme a idade corrigida até os seus dois anos idade.

A sequência do desenvolvimento infantil se dá na direção crânio-caudal e próximo-distal, apresentando aquisições mais simples e depois as mais complexas. Dessa maneira, o lactente irá primeiro adquirir o controle da musculatura da sua cabeça para depois ter um maior controle sobre o seu tronco: ao 3º mês de vida, ainda que brevemente, ele já consegue sustentar sua cabeça estando em decúbito ventral e virá-la em busca de objetos ou sons. Nessa fase, o bebê também já deve apresentar o sorriso social que demonstra sua interação

social; um gradativo predomínio do tônus extensor em seus membros; mãos com movimento espontâneo de abre e fecha e alguns dos reflexos primitivos já diminuídos ou ausentes. A tabela 4 apresenta outros marcos do desenvolvimento das demais idades-chave. A partir dos 2 anos de idade (fase pré-escolar), o contexto cultural em que o infante está inserido passa a ter uma maior influência no seu processo de formação, e, por isso, é natural que haja uma variação maior entres os marcos observados. Percebe-se, também, que no início da fase escolar (5 a 10 anos) começa a ocorrer a separação emocional dos pais e uma maior inserção da criança na sociedade, o que é primordial para o desenvolvimento da autoimagem com consequente impacto na autoestima. A partir dos 10 anos, a criança entra na fase da adolescência, estando diante das mudanças relacionadas à puberdade.

Tabela 4 – Marcos do desenvolvimento segundo idades-chave

	Aquisições			
Idades-Chave	**Postura/motricidade global**	**Visão/motricidade fina**	**Comportamento/ sociabilidade**	**Audição/ linguagem**
1 mês	-Levanta a cabeça em decúbito ventral -Mãos fechadas (preensão palmar) -Postura em flexão dos membros -Suga com força e de forma ritmada (reflexo da sucção)	-Segue bola pendente a 20-25cm -Fixa faces	-Sorriso presente às 6 semanas -Chora quando desconfortável	-Produz sons guturais -Reage ao som
3 meses	-Segura a cabeça quando colocado em posição sentado -Apoia-se nos antebraços em decúbito ventral elevando a cabeça -De pé, flete os joelhos não fazendo apoio -Membros com movimentos ritmados	-Abre as mãos e junta-as na linha média levando em direção ao queixo e à boca -Pestanejo de defesa -Convergência -Segue objetos até 180º	-Sorri -Responde à aproximação de uma face familiar	-Volta-se em direção aos sons -Balbucio
6 meses	-Apoia-se nas mãos em decúbito ventral -Roda sobre si mesmo -Mantém-se sentado com apoio -De pé, faz apoio -Noção de “permanência do objeto”: procura objetos fora de seu alcance	-Preensão palmar -Leva os objetos a boca -Transfere objetos	-Ativo, atento e curioso	-Vocaliza sons monossilábicos e dissilábicos -Dá gargalhadas

	Aquisições			
Idades-Chave	**Postura/motricidade global**	**Visão/motricidade fina**	**Comportamento/ sociabilidade**	**Audição/ linguagem**
9 meses	-Senta-se sozinho e sem apoio e roda nos dois sentidos -Põe-se de pé com apoio -Desloca-se arrastando ou engatinhando	-Tem preensão e manipulação -Leva tudo à boca -Aponta com o indicador -Joga objetos ao chão e procura o que caiu -Inicia pinça fina	-Mastiga -Distingue familiares de estranhos (reação de esquiva) -Sinais de angústia de separação	-Reconhece o seu nome -Emite sons silábicos -Entende palavras e ordens simples -Localiza sons acima e abaixo do nível do ouvido
12 meses	-Engatinha -Põe-se de pé e abaixa-se com ajuda das mãos -Passa da posição de decúbito dorsal a sentado -Anda com apoio	-Procura o objeto escondido	-Bebe pelo copo com ajuda -Segura a colher, mas ainda não a usa -Ajuda a vestir-se -Demonstra afeto	-Diz as primeiras palavras -Reage a ordens: “tchau”, “não”, “vem”
18 meses	-Anda bem -Apanha objetos do chão -Mastiga alimentos sólidos	-Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão -Faz torre com três cubos	-Bebe sozinho com o copo -Segura a colher e leva alimentos à boca -Indica necessidade de ir ao banheiro -Indica certas partes do corpo -Começa a copiar atividades domésticas	-Usa de 6 a 26 palavras reconhecíveis, mas compreende muito mais
2 anos	-Sobre e desce lances de escadas com os dois pés no mesmo degrau -Corre	-Imita rabisco circular -Gosta de ver livros e vira uma página por vez -Faz torre de seis cubos	-Usa bem a colher -Põe o chapéu e os sapatos -Controle de esfíncter anal e vesical durante o dia -Brinca de faz de conta	-Diz o seu primeiro nome -Faz frases curtas -Nomeia objetos -Repete
3 anos	-Equilíbrio momentâneo em um só pé -Sobe escadas alternadamente, mas desce com os dois pés no mesmo degrau	-Copia o círculo e a cruz -Constrói torre com nove cubos -Conhece o vermelho e o amarelo	-Come com colher e garfo -Vai sozinho ao banheiro -Despe-se sozinho se desabotoarem o vestuário	-Sabe o seu nome e sexo -Dificuldade na articulação e imaturidade na linguagem

	Aquisições			
Idades-Chave	**Postura/motricidade global**	**Visão/motricidade fina**	**Comportamento/ sociabilidade**	**Audição/ linguagem**
4 anos	-Fica em um pé sem apoio por alguns segundos -Salta em um pé só	-Nomeia quatro cores básicas	-Pode vestir-se e despir-se, com exceção de abotoar atrás e dar laços -Gosta de brincar com crianças de idade próxima à sua -Sabe esperar pela sua vez -Lava mãos, rosto e limpa-se sozinho	-Sabe o seu nome completo e a sua idade
5 anos	-Salta alternadamente em um pé só	-Copia o quadrado e o triângulo -Conta cinco dedos de uma mão	-Veste-se sozinho -Escolhe amigos -Compreende regras de jogo	-Sabe onde nasceu e eventualmente a data de nascimento -Vocabulário fluente e articulação geralmente correta

Fonte: Adaptado de Gusso, G. et al. Tratado de Medicina de Família (2ª edição)

A Caderneta de Saúde da Criança é o instrumento de vigilância que irá auxiliar no cuidado e na avaliação dos aspectos de saúde global de cada criança. Na parte voltada para o âmbito do desenvolvimento, na seção destinada aos pais/cuidadores, existem orientações para a análise e o adequado estímulo que as crianças devem receber a cada idade em prol do desenvolvimento de certas competências, a fim de aproveitar o que se conhece por janelas de oportunidade. Já na seção destinada aos profissionais de saúde, se encontram as tabelas para o preenchimento (P = presente; A = ausente; NV = não verificado) dos marcos do desenvolvimento infantil de acordo com a faixa etária. A partir dos seis até os dez anos, o preenchimento é feito por anotações, a cada idade, que avaliem principalmente o desempenho escolar e a socialização com outras crianças.

O fato de uma criança não ter atingido alguma aquisição em determinada idade não obriga a existência de uma patologia, visto não existir um padrão rígido de referência para o desenvolvimento infantil. No entanto, deve-se estar atento aos sinais de alerta presentes na tabela 5, pois são mais indicativos de que algo não está bem e conduzem o médico a uma investigação mais cuidadosa (ver a sessão conduta presente neste capítulo).

Outra ferramenta auxiliadora da qual o médico de família e comunidade pode se munir em caso de maior suspeita de risco de atraso neuropsicomotor, é o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver-II (ou Teste de Denver-II). Padronizado e adaptado para a população brasileira, esse teste ajuda a avaliar, identificar e monitorar crianças com risco para atraso no desenvolvimento (como os prematuros), mas não deve ser utilizado para diagnóstico de distúrbios de aprendizagem ou emocional. Existem também outras escalas de acompanhamento do desenvolvimento infantil disponíveis, entretanto, para algumas, é necessário um treinamento específico para a sua utilização mais minuciosa.

Tabela 5 – Sinais de alerta na avaliação do desenvolvimento segundo idades-chave

Sinais de alerta	
1º - 2º mês	- Ausência de tentativa de controle da cabeça na posição sentado - Hiper e hipotonicidade na posição de pé ou quando suportado na posição ventral - Nunca segue a face humana - Não sorri - Não se mantém em situações de alerta, nem por breves momentos - Não estabelece qualquer tipo de interação
3º - 4º mês	- Não fixa nem segue objetos - Não vira os olhos ou a cabeça para o som (nem voz humana) - Deixa cair a cabeça para trás quando tracionado pelas mãos e antebraços - Membros rígidos e/ou mãos sempre fechadas - Postura assimétrica - Chora sempre que o tocam - Pobreza de movimentos - Sobressalto ao menor ruído - Ausência de controle de cabeça
6º mês	- Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando tenta se sentar - Não olha nem agarra nenhum objeto - Assimetria na postura - Não reage aos sons - Não vocaliza - Não manifesta interesse pelo meio que o rodeia - Estrabismo manifesto e constante
9º mês	- Não se senta - Quando sentado, permanece imóvel sem tentar mudar de posição - Sem preensão palmar e não leva os objetos à boca - Não reage a sons - Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização - Não estabelece relações preferenciais - Engasga-se com facilidade - Estrabismo

12º mês	- Não aguenta peso nas pernas - Permanece imóvel e não procura mudar de posição - Assimetrias - Não pega nos brinquedos ou os pega apenas com uma mão - Não responde à voz - Não brinca nem estabelece contato - Não mastiga
18 mês	- Não se põe de pé - Anda sempre nas pontas dos pés - Assimetrias - Não faz pinça fina - Não responde quando o chamam - Não vocaliza espontaneamente nem usa palavras soltas - Não estabelece contato - Não se interessa pelo que o rodeia - Joga fora os objetos ou leva-os sistematicamente à boca - Estrabismo
2 anos	- Não anda - Joga fora os objetos - Não constrói nada - Não parece compreender o que lhe dizem - Não pronuncia palavras inteligíveis - Não estabelece contato nem se interessa pelo que está ao seu redor - Não procura imitar - Estrabismo
4-5 anos	- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez - Estrabismo ou suspeita de déficit visual - Transtorno do comportamento

Fonte: Gusso, G. et al. Tratado de Medicina de Família (2ª edição)

1.2. CONDUTA

1.2.1. CRESCIMENTO

Durante a consulta, ainda que a queixa trazida pela família não consista em um efetivo problema de crescimento, deve-se considera-la para o cuidado integral da criança, por meio do método clínico centrado na pessoa, buscando identificar outras questões envolvidas com a queixa, como possíveis medos, expectativas, problemas familiares, etc. Cabe ao médico de família e comunidade também tranquilizar a família e o paciente, apresentando as curvas de crescimento e explicando porque não existe nenhuma alteração.

Quando o crescimento da criança é identificado como fora do padrão de normalidade, o médico deverá, durante o acompanhamento longitudinal do paciente, investigar a fundo os possíveis diagnósticos diferenciais. A depender da principal hipótese diagnóstica, a conduta poderá incluir desde o tratamento não farmacológico com o acompanhamento periódico até o referenciamento para outros níveis do sistema de saúde.

A tabela 6 a seguir apresenta as condutas resumidas para adoção em casos de desvios no crescimento da criança, segundo recomendações do Ministério da Saúde:

Tabela 6 – Condutas em situações de desvio no crescimento da criança

Situação	Conduta
Sobrepeso ou Obesidade	- Verificar a existência de erros alimentares; identificar a dieta da família e orientar a mãe/cuidador para uma alimentação mais adequada, tendo como base as recomendações para alimentação saudável da criança (disponíveis na Caderneta de Saúde da Criança). - Verificar a atividade física da criança (tempo em frente à televisão e videogame); estimular passeios, caminhadas, andar de bicicleta, praticar jogos com bola e outras brincadeiras que aumentem a atividade física. - Encaminhar para a nutricionista, se disponível. - Realizar avaliação clínica.
Magreza	- Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame em crianças menores de dois anos e para a alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto, higiene. - Realizar avaliação clínica e tratar intercorrências, se houver. - Orientar a mãe/cuidador sobre aleitamento materno (quando for o caso) e alimentação complementar adequada para a idade (ver capítulo Aleitamento Materno e Alimentação Complementar). - Solicitar acompanhamento por nutricionista, se disponível. - Encaminhar para o serviço social, se necessário. - Retornar no intervalo máximo de 15 dias.
Magreza acentuada	- Além das condutas listadas para a condição de magreza, avaliar a gravidade do quadro e, se necessário, encaminhar para hospital ou centro de reabilitação nutricional.

Fonte: Adaptado de Duncan, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências (4ª edição)

Nos casos de suspeita de doenças secundárias, síndromes genéticas, doenças que não são abordadas na Atenção Primária à Saúde (p. ex., transtornos alimentares relacionados à saúde mental) ou de insucesso no tratamento adotado mesmo após revisão do plano terapêutico, deve-se referenciar o paciente para um especialista, mantendo ainda uma discussão e acompanhamento conjunto do caso. Ressalte-se que o tratamento medicamentoso em infantes não é habitual, devendo ser reservado para situações especiais em que há a identificação de agravo à saúde da criança e ser acompanhado por um especialista focal.

1.2.2. DESENVOLVIMENTO

No contexto da Atenção Básica, as conclusões da avaliação da criança e as condutas clínicas adotadas devem sempre levar em consideração as consultas longitudinais da criança e sua família, associadas ao entendimento de todo o aspecto biopsicossocial do desenvolvimento e ao conhecimento dos recursos que a comunidade daquele núcleo familiar dispõe.

O tratamento da criança com sinais de atraso no desenvolvimento depende da complexidade do problema. O adequado manejo deve levar em consideração o quadro clínico da criança, sua idade e a hipótese diagnóstica levantada ao longo das consultas periódicas. Em geral, ele irá envolver uma orientação dos pais quanto ao reforço de estímulos adequados ou a referência para outros serviços ou especialistas, como o pediatra ou o neurologista.

Na ausência de algum marco importante ou presença de algum outro sinal de alerta, deve-se aprofundar a avaliação do infante e realizar visitas domiciliares (a participação do Agente Comunitário de Saúde pode ser solicitada) para que se possa observar como é o cotidiano da criança, a relação de interação dela com os pais e outras crianças, os estímulos a que ela é submetida, etc. O profissional de saúde deve orientar e, juntamente com a família do paciente, elaborar uma estratégia viável para o melhor desenvolvimento da habilidade subdesenvolvida, tendo em mente as condições socioeconômica e ambiental em que a criança está inserida, a fim de garantir oportunidades para o seu pleno desenvolvimento dentro da sua realidade. Quando há suspeita de comprometimento do sistema nervoso, deve-se realizar um exame neurológico mais detalhado, com a aplicação de manobras específicas. Para crianças que são consideradas de risco, é fundamental acionar redes e ações de apoio, como a inserção da criança em um programa de estimulação precoce, para melhor assistência à família.

O acolhimento e apoio à família são sempre fundamentais, tendo em vista o sofrimento, a preocupação e, por vezes, o sentimento de culpa a que eles estão submetidos, além de constituírem a base para o tratamento de sua criança. A criação de grupos de pais pode ajudar a lidar com as emoções e a fortalecer interações.

Para alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) infantil, um melhor prognóstico está associado a um trabalho multiprofissional. Portanto, a depender da alteração que a criança apresentar, deve-se *referenciá-la* para outros níveis do sistema de saúde o mais

breve possível. Um déficit auditivo, por exemplo, demanda uma referência primária ao otorrinolaringologista; nos distúrbios de linguagem, seria importante um acompanhamento por fonoaudiólogo; quando há necessidade de uma investigação secundária, o mais correto seria encaminhar para um pediatra; para uma melhor estimulação cognitivo-comportamental, deve-se procurar um terapeuta ocupacional; problemas motores, como em casos de paralisia cerebral, a referência para um fisiatra seria mais vantajosa, dentre outros exemplos. Quanto melhor e maior for o trabalho conjunto entre os diferentes profissionais, sem perder a individualização de cada abordagem, maiores serão as chances de sucesso da intervenção.

A tabela 7 abaixo, presente na Caderneta de Saúde da Criança, apresenta uma orientação para tomada de decisão com base na avaliação do desenvolvimento infantil.

Tabela 7 - Instrumento de Classificação e Conduta para o Desenvolvimento Integral da Criança

Dados de Avaliação	Classificação	Conduta
- Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z; Ou - Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas; Ou - Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se criança de 0 a 1 mês, considerar ausência referente a sua faixa etária suficiente para esta classificação).	**PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**	- Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento
- Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos); Ou - Todos os reflexos/posturas/ habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.	**ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO**	- Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança; - Marcar consulta de retorno em 30 dias; - Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
- Todos os reflexos/posturas/ habilidades para a sua faixa etária estão presentes	**DESENVOLVIMENTO ADEQUADO**	- Elogiar a mãe/cuidador; - Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança; - Retornar para o acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde; - Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania (2ª edição). Brasília, 2020.

2. CASO CLÍNICO

Marcela, 29 anos, desempregada e casada com João, mecânico, leva sua filha Victória (2 anos e 6 meses) para a consulta de puericultura no CSF de sua região. Victória nasceu de 38 semanas, por parto eutócico, com gravidez bem acompanhada e sem intercorrências. Durante o atendimento, Marcela relata preocupação com o crescimento da filha, pois reparou que seu tamanho está menor do que o de suas sobrinhas e acha que Victória tem comido muito pouco. Porém, elogia o seu uso independente da colher para comer, nega antecedentes pessoais ou familiares relevantes para a queixa e a ocorrência de problemas intestinais atuais. Ao ter o seu desenvolvimento analisado, a médica de família e comunidade percebe que a criança cumpre ordens simples, mas tem um linguajar ainda muito imaturo, sem a pronúncia de palavras inteligíveis, o que é confirmado por Marcela, que diz que em casa ela costuma não pronunciar bem as palavras, mas percebe o que lhe dizem. Além disso, é comentado que Victória ainda não frequenta a creche, já ajuda a tirar suas peças de roupas e continua com o uso da fralda por ainda urinar na roupa ao dormir à noite. Ao exame físico, não são encontradas alterações.

Testando seus conhecimentos:

1) **O que no caso clínico apresentado pode indicar um atraso no desenvolvimento de Victória?**
    a) Usar fralda à noite ao dormir
    b) O fato de ainda não frequentar a creche
    c) Não pronunciar palavra inteligível
    d) O desenvolvimento de Victória está adequado para sua idade
2) **Acerca da avaliação do crescimento de Victória, qual a alternativa correta?**
    a) Recomenda-se o uso dos índices peso/idade, altura/idade, IMC/idade e perímetro cefálico/idade para o monitoramento continuado de seu crescimento
    b) Juntamente com a análise das curvas de crescimento, deve-se investigar possíveis causas associadas à baixa ingestão alimentar da criança e orientar a mãe quanto a alimentação complementar adequada para a idade
    c) É necessária uma avaliação semanal para o melhor acompanhamento do caso
    d) Uma curva de crescimento com traçado horizontal ou com escore Z entre -2 e +1 configuram sinais de alerta

3) No caso em questão, qual das seguintes condutas deve ser adotada?

a) Investigar como tem sido os estímulos da linguagem oral que Victória tem recebido, orientar Marcela quanto à correta estimulação e marcar retorno em um mês

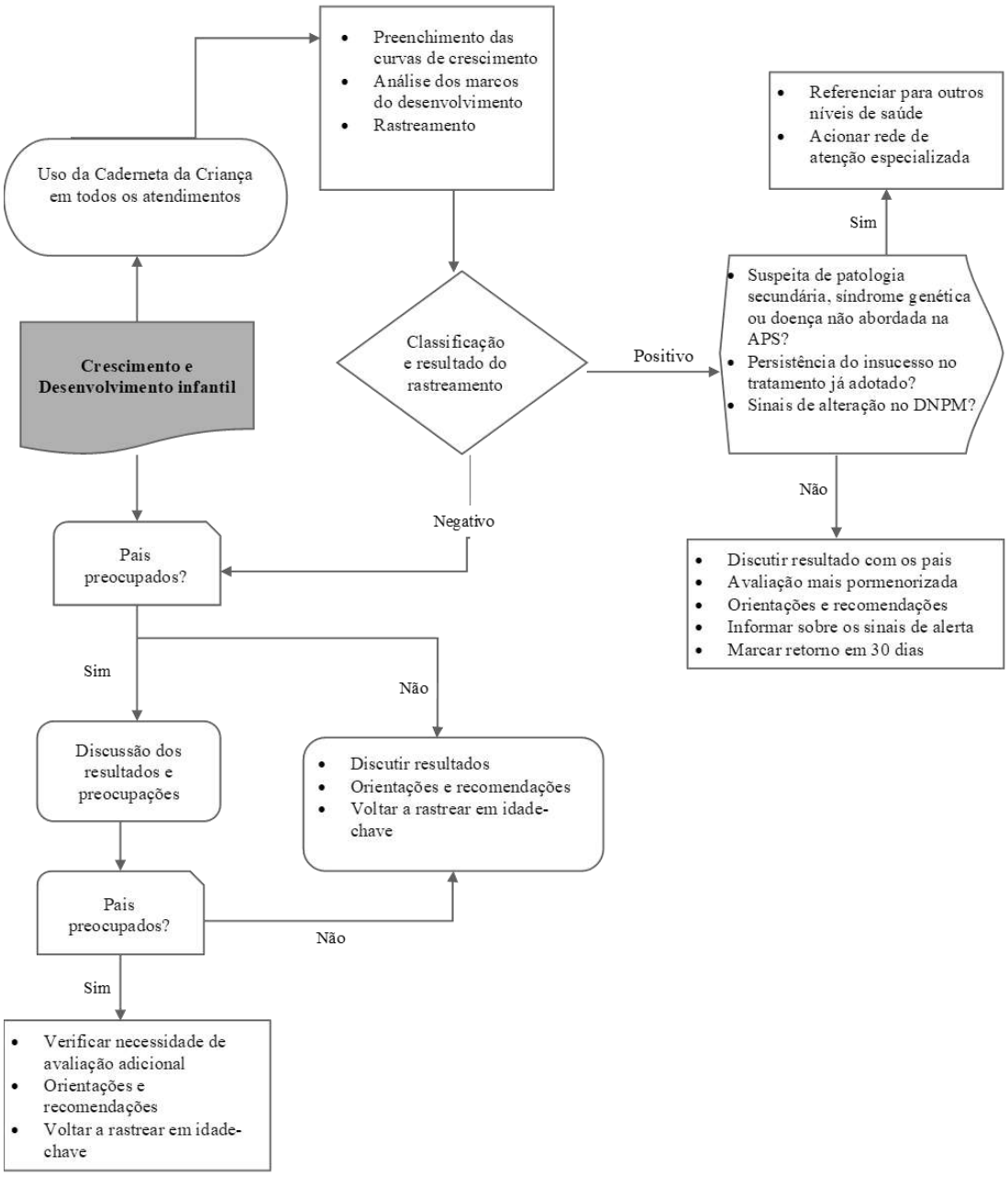
b) Informar e elogiar a mãe quanto ao desenvolvimento adequado que Victória vem apresentando

c) Complementar a consulta com o requerimento de uma ressonância magnética a fim de descartar hipótese de algum dano cerebral

d) Referenciar para um especialista

Gabarito: 01:C, 02:B, 03:A.

FLUXOGRAMA



Fonte: Adaptado de Gusso, G. et al. Tratado de Medicina de Família (2ª edição)

REFERÊNCIAS

BARROS, Rosemary Santos de. et al. Principais Instrumentos para Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor em Crianças no Brasil. Brazilian Journal Of Development, [S.L.]: [s.n.], 2020. p. 60393-60406. v. 6, n. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania. 2 ed. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte da Cidadania 12ª ed. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: MS, 2012.

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, Gustavo. et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SÃO PAULO, Governo do Estado de. Secretaria da Saúde. Linha de Cuidado com a Criança: Manual de Acompanhamento da Criança. 3ª ed. São Paulo: [s.n.], 2018.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins et al. Pediatria em consultório: Medicina. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 2010.

CAPÍTULO III

ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-3

Autor(a): Renata Bezerra De Amorim
Coautores: Ana Luísa Bonfim Rafael
Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Orientador(a): Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar são temas cruciais na prática de toda equipe de atenção primária à saúde (APS). O aleitamento materno marca o início de uma alimentação saudável e, isoladamente, é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros seis meses de vida, quando se inicia a introdução de alimentos complementares, com a manutenção do aleitamento materno por pelo menos um ano ou até os dois anos desde que seja o desejo mútuo da mãe e do bebê. Para tanto, são necessárias estratégias e técnicas de aconselhamento que sirvam para aumentar a confiança da mãe e ajudá-la em todo o processo, tanto no período pré-natal quanto no pós-parto.

1.1. ALEITAMENTO MATERNO

1.1.1. ASPECTOS GERAIS

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe e bebê e regozijo de toda a sociedade.

Nesse sentido, grandes instituições mundiais como Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) têm tomado muitas iniciativas com o intuito de apoiar, promover e proteger o aleitamento materno. Para tal, foram elaborados diretivas com orientações gerais sobre o tema para os profissionais de saúde e para as gestantes os quais serão abordados no decorrer deste capítulo.

Na APS, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe e bebê como de sua rede de apoio. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar assistência ativa, eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças.

1.1.2. FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO

Durante a gestação as mamas têm um crescimento aumentado em função dos altos níveis de estrogênio, correspondendo a fase I da lactogênese. Além do estrogênio, outros hormônios gestacionais participam do processo de maturação mamária: progesterona, lactogênio placentário, gonadotrofina, corticoides placentários, hormônios tireoidianos e paratireoidianos, corticoides suprarrenais, insulina, prolactina e possivelmente o hormônio de crescimento hipofisário.

A partir desses hormônios existe o aumento do volume das mamas, dilatação das veias superficiais, aumento do fluxo sanguíneo e aumento da pigmentação da aréola e do mamilo. No fim do segundo trimestre da gestação, o tecido alveolar cessa sua proliferação e inicia sua atividade secretora basal, que aumenta gradativamente até o fim da gravidez. Nessa fase, a glândula mamária está apta a produção de leite, devido aos altos níveis de prolactina (hormônio da produção de leite).

No fim do terceiro trimestre, observa-se colostro no interior dos lóbulos glandulares. No entanto, o estrogênio e progesterona placentários não permitem a ação produtora da prolactina, ação que só será desencadeada com o nascimento do feto e expulsão da placenta quando ocorre a queda acentuada desses hormônios inibidores da prolactina.

Para a expulsão da placenta existe a ação de outro hormônio gestacional, a ocitocina, responsável pelas contrações uterinas e expulsão do feto e da placenta. Na lactação, a ocitocina é produzida pela hipófise posterior em resposta à sucção da criança, sendo responsável pela contração das células musculares do tecido mamário, favorecendo a "expulsão" do leite produzido nos alvéolos mamários para os ductos e seios lactíferos.

O início da secreção do leite, caracterizando o início da fase II da lactogênese, ocorre devido à queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progestogênio após o

nascimento da criança e a expulsão da placenta, com consequente liberação de prolactina pela pituitária anterior. Essa fase também é chamada “apojadura” (descida do leite), que nada mais é do que estabilização da produção láctea. A apojadura pode demorar de 24 a 72 horas e neste período, as mamas ficam edemaciadas, com um grau leve de tumefação, avermelhada e um pouco dolorida.

Após a apojadura, é iniciada a fase III da lactogênese também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da ação dos dois hormônios produzidos a partir da mecânica de sucção do bebê, a ocitocina, e do esvaziamento da mama, a prolactina.

A ocitocina também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade. A dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída de leite da mama.

1.1.3. FASES DA LACTAÇÃO

O colostro é a primeira fase, secretado até o 7º dia após o parto e é adequado ao recém-nascido (RN), pois apresenta maiores quantidades de fatores imunológicos, de minerais, de vitamina A e de vitamina E se comparado aos outros tipos de leite. O colostro também é laxativo favorecendo a eliminação do mecônio, retirando a bilirrubina do intestino e ajudando a prevenir a icterícia.

O leite de transição, secretado entre o 7º e o 14º dia, é o leite intermediário entre o colostro e o leite maduro. Há aumento do volume do colostro com estabilização de sua composição por volta do 14º dia.

O leite maduro passa a ser secretado no 15º dia e trata-se de um leite completo e o mais adequado para a criança nesta fase apresentando quantidade suficiente de todos os componentes necessários para garantir o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

As mamadas também são divididas em dois momentos, o leite anterior é mais líquido e transparente, ajuda a saciar a sede do bebê, corresponde ao início da mamada. Já o leite posterior é mais espesso, amarelado, calórico e rico em lipídios. Essencial para o ganho de peso e desenvolvimento adequado, corresponde ao final da mamada.

1.1.4. COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

A composição do leite materno se modifica de acordo com as necessidades da criança e varia de acordo com o período do dia, a fase e o momento da lactação, a idade do lactente, a idade gestacional ao nascimento, a idade materna e as condições nutricionais e de saúde da mãe e do lactente. Além dos nutrientes, diversos fatores imunológicos estão presentes no leite materno, sendo a IgA secretória o principal anticorpo encontrado. Outros fatores de proteção presentes no leite materno são: anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisozima e fator bífido que é o responsável pelo desenvolvimento de uma microbiota saudável.

1.1.5. PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

A criança está em aleitamento materno (AM) quando ela recebe leite materno direto da mama ou ordenhado, independentemente de estar recebendo ou não outros alimentos. O padrão de AM pode ser classificado da seguinte forma:

Amamentação exclusiva: A criança recebe apenas leite materno, direto da mama ou ordenhado, podendo receber ainda soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos. A criança não deve receber qualquer outro líquido ou alimento.

Amamentação predominante: A criança recebe leite materno, direto da mama ou ordenhado, como fonte predominante de nutrição e pode receber certos líquidos (água, chá, suco de fruta), soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos. A criança não deve receber nada mais, especialmente outros leites.

Amamentação mista ou parcial: A criança recebe, além do leite materno, outros tipos de leite.

Amamentação complementar: A criança recebe leite materno, direto da mama ou ordenhado, e alimentos semissólidos e sólidos, podendo receber também qualquer outro líquido ou alimento, incluindo outros leites e fórmulas infantis.

Aleitamento artificial: A criança recebe fórmulas infantis que são elaboradas à base de leite de vaca ou de outros animais, em forma líquida ou em pó. Deve ser prescrita pelo pediatra apenas em casos selecionados como contraindicações permanentes, evitando-se o uso de mamadeiras devendo, preferencialmente, oferecer no copo ou colher.

As crianças que não recebem leite materno ou recebem em menor proporção que a fórmula infantil (aleitamento misto) devem receber água nos intervalos entre as mamadas.

1.1.6. ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO

É imprescindível que o profissional de saúde que fará as devidas orientações à gestante tenha algumas habilidades para tornar essa tarefa o mais efetiva e satisfatória possível. Uma dessas habilidades consiste em uma boa comunicação não verbal, que significa mostrar a atitude pela postura e expressão, fazendo a mãe sentir que existe interesse nela e assim estimulá-la a expressar suas dúvidas e sentimentos. Fazer perguntas abertas para que a mãe tenha que responder com alguma informação completa, perguntas fechadas geralmente são menos úteis. Use respostas e gestos que demonstrem interesse no que ela está dizendo, como balançar a cabeça afirmativamente, sorrir e dar respostas curtas.

Repetir o que a mãe disse de uma forma um pouco diferente, para mostrar que ela foi ouvida e dessa forma encorajá-la a se expressar mais. Demonstre empatia mostrando que você entende como ela se sente e que está a disposição para ajudá-la a partir da sua queixa. Evitar palavras que soam como julgamento pois a nutriz pode sentir que está errada ou que há alguma coisa errada com seu bebê, o que pode enfraquecer o vínculo com o profissional. É imprescindível que o profissional aceite o que a mãe pensa e sente, pois podem haver ideias divergentes entre eles e não é interessante discordar ou criticar, podendo reduzir a confiança da mãe.

Reconhecer e elogiar o que a mãe e o bebê estão fazendo corretamente porque o elogio aumenta a confiança da mãe e a encoraja a continuar com as boas práticas, facilitando que mais tarde ela aceite suas sugestões. Ofereça ajuda prática à nutriz, com relação à pega do bebê, à higienização ou a qualquer demanda relatada. Evitar o excesso de informações de uma só vez ou que soem como críticas. Usar termos simples e familiares para dar explicações tentando adequar ao nível educacional da mãe e de sua rede de apoio. Ao aconselhar uma mãe, deve ser sugerido o que ela pode fazer diferente e não impor ordens, isso faz com que ela se sinta confiante e protagonista do cuidado.

1.1.7. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DURANTE A GESTAÇÃO

A promoção da amamentação durante o pré-natal tem impacto muito positivo nas prevalências de aleitamento materno em especial entre as primíparas, além de ser uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem. Deve-se proporcionar oportunidade para que a mulher faça perguntas ou discuta mais profundamente as

informações e é importante que pessoas significativas para a gestante, como sua rede de apoio, sejam incluídas no aconselhamento.

Deve-se praticar a medicina centrada na pessoa a fim de contemplar os aspectos como os planos da gestante com relação à alimentação da criança; as experiências prévias, mitos, crenças, medos, preocupações e fantasias relacionados ao aleitamento materno, uma vez que muitas mulheres idealizam a amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade; a importância do aleitamento materno; as indicações e desvantagens do uso de leite não humano; a importância da amamentação na primeira hora pós parto, do alojamento conjunto e da técnica adequada na prevenção de complicações relacionadas à amamentação; as possíveis dificuldades e meios de preveni-las bem como o comportamento normal de um recém-nascido.

1.1.8. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO PÓS PARTO

O estímulo à amamentação deve ser feito desde o pós-parto imediato, na primeira hora de vida, exceto nos eventuais casos de contraindicação. Deve ser incentivada a livre demanda das mamadas, sem o estabelecimento de horários rígidos nem tempo para permanência em cada mama, o importante é que o bebê esvazie as mamas, independente do tempo. É relevante orientar que a alta frequência de mamadas e durações curtas, não significam que o “leite está fraco” ou algo parecido, são questões variáveis individualmente para cada bebê.

Alguns dos sinais que a criança pode demonstrar quando quer mamar são sons e movimentos de sucção, movimentos rápidos com os olhos, levar a mão à boca, suspiros, inquietação e choro, esse último é um sinal tardio. Relativamente ao choro, é importante salientar que existem muitas outras causas além da fome e que é uma característica individual de cada bebê, alguns choram mais, outros menos. Geralmente, os bebês se acalmam quando colocados no peito e aconchegados, o que faz com que eles se sintam seguros independente da causa do choro. O uso de mamadeiras, bicos e chupetas deve ser desmotivado pois pode acarretar em dificuldades e prejuízos ao aleitamento materno.

Para facilitar a amamentação e ao mesmo tempo manter práticas de sono seguras, sugerimos que o bebê durma no quarto da mãe pelo menos nos primeiros seis meses de vida, mas não na cama do adulto. O bebê deve dormir em uma superfície específica como um berço e devem sempre ser colocados em decúbito dorsal para dormir.

Na impossibilidade de aleitamento materno, deverá ser oferecida à criança uma fórmula infantil de partida ou de 1º semestre até os seis meses, a partir de então recomenda-se uma fórmula infantil de seguimento ou de 2º semestre. A fórmula infantil tem o intuito de atender às necessidades nutricionais e ser bem tolerado pelo sistema digestivo do bebê não amamentado. Profissionais devem orientar que nem todo leite em pó é uma fórmula infantil.

Salienta-se que todas as mães devem ser rastreadas para transtornos perinatais de humor e ansiedade em cada consulta pelo menos nos primeiros seis meses após o nascimento, pois essas condições, além de outros problemas estão relacionadas ao maior risco de desmame precoce. Essa avaliação pode ser feita com uma ferramenta de triagem validada para tal.

1.1.9. OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Para uma amamentação eficaz a mãe deverá estar em posição confortável, podendo estar sentada, recostada, deitada ou em pé, de forma que permita que o bebê abocanhe corretamente o mamilo e a aréola. Para facilitar a pega adequada, a nutriz deverá posicionar a mão embaixo da mama com o polegar voltado para o mamilo na parte superior da mama e o indicador na sua parte debaixo formando a letra “C” e então aproximar a boca do bebê de frente para a mama, para que ele possa abocanhá-la. As duas mamas devem ser oferecidas na sequência das mamadas e sempre reiniciar pela última mama que foi dada à criança, a fim de esgotar o leite posterior. Em 24 horas, deve ocorrer em média entre 8 a 12 mamadas no peito.

Ao exame físico, podemos observar alguns sinais de que a amamentação está ocorrendo sem dificuldades como mamilos sem fissuras ou sinais inflamatórios, mama não ingurgitada, bebê ganhando peso adequadamente, fralda com volume significativo de urina.

Devemos observar a mamada para avaliar a desenvoltura da mãe ao amamentar, o adequado posicionamento do bebê e a pega. Leve em consideração o posicionamento adequado onde o rosto do bebê deve estar de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo, o corpo do bebê próximo ao da mãe com cabeça e tronco alinhados, bebê bem apoiado, bem como a pega adequada com a aréola mais visível acima da boca do bebê, a boca bem aberta, o lábio inferior virado para fora e o queixo do RN tocando a mama.

Em contrapartida, os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção, ruídos da língua, mamilos com

estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama, dor à amamentação e mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada.

Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa ou endurecida dificultando a pega. Nestes casos, recomenda-se realizar a ordenha antes da mamada para evitar ingurgitamento patológico.

1.1.10. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA O BEBÊ

Diminuição da mortalidade infantil, especialmente as relacionadas às infecções como diarreia e infecções respiratórias, diminuição do risco de morte súbita do lactente e redução de hospitalizações. Observamos ainda a redução do risco de má oclusão dentária e de alergias, principalmente naquelas crianças com histórico familiar de atopias. Em longo prazo observamos a redução do risco de obesidade e de doenças cardiovasculares, bem como o aumento da inteligência e do rendimento escolar.

1.1.11. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE

Involução uterina mais rápida e redução do risco de hemorragia pós-parto, devido ao aumento da ocitocina. Temos a diminuição do risco de câncer de mama e ovário, a proteção contra diabetes e o retorno ao peso pré-gestacional de forma mais rápida. Observamos também promoção de maior interação mãe-bebê, melhor qualidade de vida para a mãe, para o bebê e para toda a família, bem como é uma alimentação completa sem custo adicional. Além disso, evita ainda nova gravidez durante alguns meses quando o bebê está em aleitamento exclusivo e aumenta do intervalo entre as gestações.

1.1.12. DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO E CONDUTAS NAS COMPLICAÇÕES DA MAMA PUERPERAL

A maioria das dificuldades são transitórias ou de condução clínica acessível, dentre elas destacamos obstrução nasal, erro na pega, confusão com outros bicos, chupetas e mamadeiras, sonolência, estresse materno ou do lactente e erupção dentária. Para solucionar boa parte desses problemas devemos estimular técnica correta da amamentação sempre que possível pela análise da amamentação nas consultas de rotina para correção da técnica quando necessário.

A infecção da mama no puerpério por Candida sp (candidíase ou monilíase) é bastante comum. O caso clínico se caracteriza por prurido, ardência e dor em agulhadas nos mamilos

que persiste após as mamadas. A pele dos mamilos e da aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante, irritada ou com fina descamação. O tratamento inicialmente é local com nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol tópicos por duas semanas. As mulheres podem aplicar o creme após cada mamada e ele não precisa ser removido antes da próxima. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se cetoconazol 200 mg/dia, por 10 a 20 dias. Além disso, algumas medidas gerais são úteis, como enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas e expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia. Caso não seja possível eliminar bicos de mamadeira e chupetas eles devem ser esterilizados a cada uso.

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico que é normal e frequente na apojadura, do ingurgitamento patológico. O primeiro representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, pode ocorrer edema discreto, as mamas ficam mais sensíveis e dolorosas e as condutas se restringem a massagem na mama seguido de posicionar o RN para sugar sob livre demanda, e em casos de dor excessiva, compressa fria não ultrapassando o tempo de dez minutos.

O ingurgitamento mamário patológico ocorre pela congestão e obstrução do sistema de drenagem linfática das mamas, aumentando assim a vascularização e acúmulo de leite nas glândulas mamárias, evoluindo para o edema, vermelhidão, dor e calor, ocasionando mal estar e às vezes febre na mãe. Ocorre geralmente na primeira semana pós o nascimento do bebê, geralmente é ocasionado pelo mal esvaziamento da mama, que pode ocorrer pela pega inadequada, mamadas infrequentes dentre outros fatores. O manejo inclui massagem em movimentos circulares nas mamas e aréola e ordenha manual para esvaziamento, mamadas frequentes em livre demanda, sem horários estabelecidos, compressas frias para alívio da dor não devendo o tempo de aplicação ultrapassar dez minutos, uso de sutiãs adequados com alças largas e firmes e o uso de analgésicos sistêmicos e anti-inflamatórios a critério médico, sendo o ibuprofeno o mais efetivo, paracetamol e dipirona também podem ser usados.

A mastite lactacional é um processo inflamatório e/ou infeccioso das glândulas mamárias. Pode acontecer como evolução de um ingurgitamento mamário não tratado que provoca a obstrução de canais lactíferos evoluindo para inflamação. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante da inflamação favorecem a invasão e proliferação de micro-organismos na glândula mamária podendo evoluir para abcessos e até infecções generalizadas se não tratadas. As principais bactérias envolvidas são *Staphylococcus* (*aureus e albus* e ocasionalmente a *Escherichia coli)* e *Streptococcus* (α-,β- e não hemolítico).

O quadro se manifesta por ingurgitamento mamário acompanhado de dor, sinais inflamatórios na mama, febre, mal-estar podendo também apresentar taquicardia, náuseas, vômitos, cefaleia, calafrios. No manejo, deve-se identificar e tratar da causa da estagnação do leite para que não haja reincidência da patologia, fazer esvaziamento adequado da mama é muito importante e orienta-se não suspender a amamentação, embora o bebê possa recusar a mama já que há uma mudança na composição do leite que fica mais salgado e menos doce pelo aumento da concentração de sódio e redução da lactose. Podem ser usados também analgésicos, antitérmicos e antibióticos (veja a tabela 1), manter suporte emocional para a mãe é essencial.

O abscesso mamário consiste em uma coleção de pus e material infeccioso na mama. Geralmente é secundário a uma mastite não tratada, mal tratada ou tratada tardiamente. O quadro clínico se caracteriza por dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado. O tratamento consiste na drenagem associada a antibioticoterapia e esvaziamento regular da mama afetada, pode ser necessário suspender temporariamente a amamentação naquele seio.

Tabela 1 - Antibioticoterapia na mastite lactacional

Cefalexina 500mg, via oral, de 6/6 horas por 10 dias
Amoxicilina 500mg com ou sem acido clavulânico 125mg, via oral, de 8/8 horas por 10 dias
Se alergia a betalactâmicos escolha Eritromicina 500mg, via oral, de 6/6 horas por 10 dias
Na presença de cepas de S. aureus meticilina-resistentes é recomendado o uso da vancomicina

Fonte: Elaborada pela autora, (2021).

Contraindicações absolutas à amamentação

- Galactosemia (incapacidade do organismo de metabolizar a lactose em glicose e galactose, estes bebês não podem ingerir nenhum leite que contenha lactose).
- Infecção materna por HIV, HTLV-1 e HTLV-2.
- Nestes casos, estas puérperas deverão ser orientadas a enfaixar as mamas, evitar o esvaziamento, utilizar analgésicos se necessário, realizar compressas frias e restringir ingestão hídrica. O uso de medicamentos como estrogênios e inibidores da prolactina, como a bromocriptina, podem ser utilizados.

Contraindicações temporárias à amamentação

- Lesão herpética ativa na pele da mama (orienta-se manter amamentação na mama sadia).

- Medicamentos incompatíveis com a amamentação (ex: antineoplásicos e radiofármacos).
- Doença de Chagas (na fase aguda da doença ou caso haja sangramento mamilar).
- Uso de drogas ilícitas (orienta-se retornar amamentação respeitando-se o período de interrupção após o consumo).
- Infecção materna por varicela cinco dias antes ou até dois dias após o parto (caso haja vesículas nesse intervalo de tempo deve-se isolar a mãe até que todas as lesões se tornem crostosas. O RN deverá receber imunoglobulina antivaricela-zóster em até 96 horas).

Condições que não contraindicam o aleitamento materno

- Tuberculose* (devendo-se ter cuidados especiais nos casos de mãe bacilífera como o uso de máscara).
- Hanseníase (inicie o tratamento da mãe pois ela deixa de ser bacilífera com uma dose de rifampicina).
- Hepatite B (vacina e administração de imunoglobulina específica -HBIG- após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno).
- Hepatite C (cuidado de prevenir fissuras e sangramentos).
- Dengue
- Tabagismo e alcoolismo (desencorajar consumo dessas substâncias).

*Nos casos de RN com mães com tuberculose deve-se iniciar profilaxia no RN com isoniazida 10 mg/kg/dia por 3 meses. Deve ser realizado PPD no terceiro mês. Se PPD positivo: investigar doença. Caso haja infecção: reavaliar terapêutica. Se não houver doença: manter profilaxia por mais 3 meses. Se PPD negativo: suspender profilaxia e receber a vacina BCG.

1.1.13. ORDENHA E ARMAZENAMENTO DE LEITE

A ordenha é útil para aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia, manter a produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada, por exemplo, em RN de baixo peso ou doente, retirar leite para ser oferecido à criança na ausência da mãe ou para ser doado a um Banco de Leite Humano.

Para ordenhar, é necessário realizar higiene adequada das mãos e posicionar o recipiente onde será armazenado o leite materno próximo à mama. Tal recipiente idealmente

deve ser de vidro com abertura larga e tampa de plástico, que possa ser submetido à fervura durante vinte minutos em média.

A ordenha deve ser realizada com massagem suave na mama, realizando movimentos circulares da região da base em direção a aréola, os dedos devem estar na posição de "C" como descrito anteriormente. Em seguida pressiona-se suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à parede torácica, com cuidado para não bloquear os ductos lactíferos (observe a figura 1). Deve-se repetir esse movimento de pressionar e soltar até o esvaziamento completo da mama, desprezando os primeiros jatos. O leite ordenhado poderá ser conservado na geladeira por até doze horas e no congelador ou freezer por quinze dias.

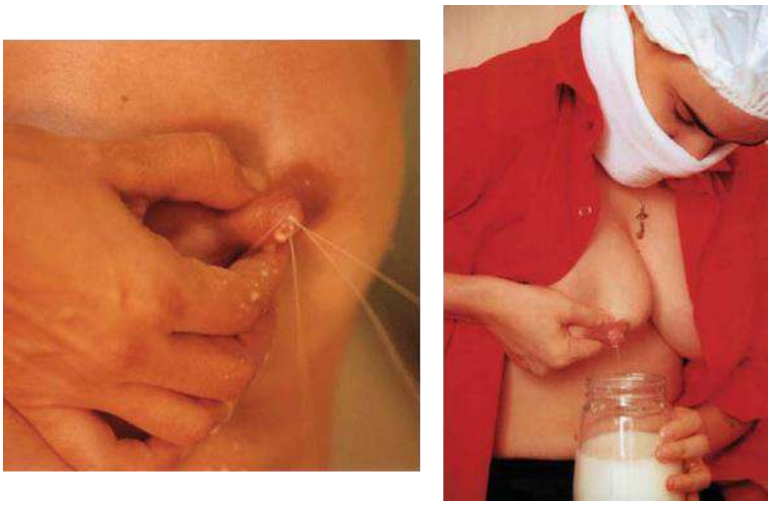


Figura 1 - Retirada do leite.
Fonte: BRASIL (2009)

Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, este deve ser descongelado de preferência dentro da geladeira. Em seguida, o leite deve ser aquecido em banho-maria fora do fogo. Antes de oferecer o leite à criança, deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura.

O leite ordenhado deve ser oferecido de preferência utilizando-se copo, xícara, colher ou mamadeira com colher dosadora na ponta. Para isso, é necessário que o profissional de saúde demonstre como oferecer o leite à criança. A técnica recomendada consiste em acomodar o bebê desperto e tranquilo no colo, na posição sentada ou semissentada, sendo que a cabeça forme um ângulo de 90º com o pescoço, em seguida, encostar a borda do recipiente no lábio inferior do bebê e deixar o leite materno tocar o lábio. O bebê fará

movimentos de lambida do leite, seguidos de deglutição. Não utilizar seringas ou mamadeiras comuns para oferecer o leite ao RN.

1.1.14. CONDIÇÕES ESPECIAIS EM ALEITAMENTO MATERNO

Amamentação durante uma gravidez subsequente geralmente é segura, bem como amamentar um bebê mais velho junto com um RN. Casos de mães com fatores de risco para perda de gravidez ou trabalho de parto prematuro que desejam continuar a amamentar seu filho mais velho durante a gravidez devem ser individualizados. Assim que o recém-nascido chegar, é recomendado que a mãe o alimente primeiro a cada mamada para garantir que o RN receba ingestão adequada até que um bom padrão de ganho de peso seja estabelecido.

Recém nascidos que não sugam ou que apresentam sucção ineficaz logo após o nascimento não são raros e essa condição pode durar poucas horas ou alguns dias. Nesse contexto, algumas medidas são úteis para o adequado estabelecimento da amamentação como orientar a mãe a estimular suas mamas regularmente, enquanto o bebê não estiver sugando, por meio de massagem e ordenha manual, isso garantirá a produção. Em caso de recusa do seio materno sem causa aparente, acalmar o bebê e a mãe, observar se ele sente dor, posicioná-lo na mama e insistir por alguns minutos. Caso a pega ou sucção não se estabeleça, dar um intervalo para acalmar o binômio e reiniciar o processo.

Casos de gemelaridade representam um desafio para as novas mães, pois todos precisam de alimentação frequente e, muitas vezes, nascem prematuros. As mães podem precisar de ajuda extra para posicionar os bebês na mama e com os cuidados gerais com os bebês. A amamentação tandem que consiste em amamentar dois bebês simultaneamente, pode ser difícil para as mães no início, mas pode ajudar a sincronizar as mamadas, para que a mãe possa descansar entre elas. Desde que todos os bebês vão para o peito a cada sinal de alimentação, o corpo da mãe se adaptará e produzirá a quantidade de leite suficiente para fazê-lo.

1.1.15. ALIMENTAÇÃO DA NUTRIZ

A orientação alimentar de cada mãe deve ser feita levando-se em consideração, além das preferências e dos hábitos culturais, a acessibilidade aos alimentos. É importante lembrar que as mulheres produzem leite de boa qualidade mesmo consumindo dietas sub ótimas.

Orienta-se que a mãe mantenha uma alimentação a mais saudável e balanceada possível, ingerindo frutas e vegetais ricos em vitaminas e minerais, evitando gorduras trans,

dietas restritivas ou medicamentos que levem a perda de peso rapidamente. É importante que a mãe se mantenha sempre bem hidratada, ingerindo água e outros líquidos saudáveis.

Como regra geral, as mulheres que amamentam não necessitam evitar determinados alimentos. Entretanto, se elas perceberem algum efeito na criança de algum componente de sua dieta, pode-se indicar a prova terapêutica que consiste em retirar o alimento da dieta por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais e sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada e piorem com a reintrodução, ele deve ser evitado.

1.2. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

1.2.1. ORIENTAÇÕES GERAIS

Ao completar seis meses de vida, grande parte dos lactentes saudáveis já apresentam a capacidade para sentar sem apoio, sustentar a cabeça e o tronco, segurar objetos com as mãos, e explorar estímulos ambientais. Outras aquisições são o desenvolvimento oral, o desaparecimento do reflexo de protrusão e o aparecimento dos movimentos voluntários e independentes da língua, fazendo com que o alimento role na boca e a criança o mastigue. Estes são os sinais de prontidão que indicam maturidade neuromuscular e tolerabilidade gastrointestinal para início da introdução alimentar complementar ao aleitamento materno ou artificial. Em prematuros, por exemplo, pode ocorrer após os seis meses até. Ressalte-se que o aleitamento materno deve ser mantido até os vinte e quatro meses pelo menos.

O profissional de saúde deve procurar conduzir adequadamente esse processo de adaptação, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança, destacando a importância dos bons hábitos alimentares na promoção da saúde de forma prática e utilizando linguagem simples e acessível.

Na introdução alimentar tradicional, os alimentos devem ser oferecidos inicialmente em forma de papa e a evolução da consistência deve ser gradual e determinada pelo bebê de acordo com o desenvolvimento neuropsicomotor. Inicia-se com uma fruta e quando houver boa aceitação, já introduzimos a papa principal inicialmente com fonte proteica e legumes com posterior introdução de carboidratos (arroz, macarrão) e feijão. A refeição deve ser amassada, sem peneirar ou liquidificar. A partir de oito meses, a criança pode receber os alimentos da família amassados, triturados, desfiados ou cortados em pequenos pedaços.

Alguns alimentos são considerados inadequados às crianças nos primeiros anos de vida, como produtos industrializados com conservantes e corantes artificiais, refrigerantes e sucos adocicados, alimentos embutidos e enlatados, café, chás e chocolates, frituras, alimentos muito salgados, alimentos com adição de açúcar nas preparações e mel.

Outra forma de abordagem da alimentação complementar (AC) é o Baby-Led Weaning (BLW) que significa: o desmame guiado pelo bebê. Esta modalidade preconiza a oferta de alimentos complementares em pedaços, tiras ou bastões, não incluindo alimentação com colher e nenhum método de adaptação de consistência para preparar a refeição do lactente, como amassar, triturar ou desfiar. As recomendações deste método incluem: continuar com o aleitamento materno ou a fórmula infantil, posicionar o lactente sempre sentado para alimentar, permitir que o lactente se suje e interaja durante as refeições, oferecer variedade de alimentos evitando a monotonia, interagir com o lactente quando ele estiver comendo junto, durante as refeições e dar o tempo necessário para a refeição sem pressionar.

Muitas vezes, os pais podem ficar inseguros com o risco de engasgo e asfixia, no entanto os cortes dos alimentos no BLW são seguros e o risco de engasgo é maior com alimentos menores.

É importante ressaltar a diferença de engasgo e reflexo de gag. O engasgo é definido como um bloqueio completo das vias aéreas. Nesse caso, o bebê fará pouco barulho, sendo incapaz de chorar ou tossir já que o ar está impedido de passar pela via aérea. Além disso, ficará muito angustiado, agarrará a garganta podendo até ficar cianótico. A asfixia geralmente exige que alguém intervenha com manobras de primeiros socorros como a manobra do desengasgo. Já o reflexo de gag é um mecanismo de defesa do corpo do bebê para prevenir engasgos e acontece quando um pedaço de alimento grande se move para a parte de trás da boca e o bebê tosse, balbucia, abre a boca e traz a comida para a frente novamente. O alimento pode ser cuspido ou novamente mastigado e deglutido. Esse reflexo é ativado na parte anterior da língua e a medida em que o bebê vai crescendo começa a ser ativado na parte mais posterior da língua tornando-se menos frequente.

Outra modalidade de abordagem da AC é o Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) que significa introdução aos sólidos guiada pelo bebê. Entre as orientações do BLISS estão: garantir a oferta de um alimento rico em ferro e calorias em cada refeição, oferecer alimentos preparados de uma forma que reduza o risco de engasgo e evitar os alimentos com alto risco de aspiração, experimentar sempre o alimento antes de oferecer ao lactente para verificar se

não forma um bolo dentro da cavidade oral, evitar alimentos redondos ou em formato de moedas e garantir sempre que o lactente esteja sentado, ereto e sob supervisão contínua de um adulto.

Independente da modalidade escolhida, é importante que desde o início a AC seja junto com as refeições da família, incentivando a interação entre os membros da casa e evitando distrações na hora das refeições como TV, vídeos, brinquedos e animais de estimação. Nesta fase, é de suma importância que os pais sejam orientados a ser o exemplo de hábitos alimentares saudáveis e a munirem-se de paciência, respeitando os limites impostos pela baixa idade, sempre agindo como um facilitador no processo de alimentação, proporcionando um ambiente tranquilo sem a utilização de estratégias coercitivas ou punitivas.

É importante realizar a higiene bucal da criança assim que aparecem os primeiros dentes, duas vezes ao dia e além de ter uma alimentação saudável, as crianças devem receber exposição solar para estimular a produção de vitamina D.

1.2.2. PLANEJAMENTO DA REFEIÇÃO

As papas devem conter diversos grupos alimentares em sua preparação. Carboidratos como arroz, milho, macarrão, batata, mandioca, inhame. Proteína animal como carnes e ovos pode ser utilizada qualquer uma, cortada em pequenos pedaços e com o devido cuidado no preparo. Podem ser usados carne bovina, vísceras, carne de aves, carne suína, carne de peixe, ovos. Leguminosas são grãos contidos em vagens como o feijão, soja, ervilha, grão-de-bico. Legumes como a cenoura, beterraba, abóbora, chuchu, vagem, berinjela e pimentão. Verduras como agrião, alface, taioba, espinafre, serralha, beldroega, acelga, almeirão, couve, repolho, rúcula e escarola.

Sucos não devem ser oferecido antes de doze meses mesmo que seja só da fruta. A partir de um ano pode haver introdução de leite integral e derivados do leite. Até la, somente fórmula infantil. Recomenda-se usar óleo e gordura em pequenas quantidades bem como sal em pequenas quantidades de preferência após o 1º ano de vida e açúcar somente após o segundo ano de vida e, ainda assim, evitar.

O leite de vaca *in natura* não é recomendado para o lactente durante o primeiro ano de vida. Observa-se, no entanto, sua utilização frequente nos primeiros meses de vida em populações de baixo poder aquisitivo. Ressalta-se que a criança até quatro meses não pode

receber o leite in natura integral, sendo necessário realizar a diluição. Além disso, é necessário adicionar 3% de óleo vegetal para cada preparação, a fim de aumentar o aporte energético e fornecer ácido linoleico, essencial ao crescimento e ao desenvolvimento e no qual o leite de vaca é deficiente. Não deve ser adicionado açúcar ou farinha ao leite de vaca.

1.2.3. SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA E MINERAL

As crianças com idade inferior a vinte e quatro meses merecem atenção especial no que se refere a suplementação de certas vitaminas e minerais sobretudo a vitamina D e o ferro. A maioria das crianças, nessa idade, não adquirem a quantidade desses elementos recomendadas. Dessa forma, recomenda-se a suplementação para garantir o suprimento adequado nessa fase tão importante. Quanto ao ferro, observe a tabela 2 que traz a recomendação de suplementação de acordo com a sociedade brasileira de pediatria (SBP). As recomendações para suplementação de vitamina D, segundo a SBP, estão descritas na tabela 3.

Tabela 2 - Recomendações para a suplementação de ferro segundo a SBP.

Lactente que foi nascido a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo ou não	Três meses até dois anos: 1 mg/kg/dia de ferro elementar.
Lactente que foi nascido a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em uso de menos de 500 ml de fórmula infantil por dia	Três meses até dois anos: 1 mg/kg/dia de ferro elementar.
Lactente que foi nascido pré-termo e a termo, entre 2500-1500 g.	30 dias de vida até um ano: 2 mg/kg/dia de ferro elementar. Um ano até dois anos: 1 mg/kg/dia de ferro elementar.
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 1.500 – 1.000 g.	30 dias de vida até um ano: 3 mg/kg/dia de ferro elementar. Um ano até dois anos: 1 mg/kg/dia de ferro elementar.
Recém-nascidos pré-termo com peso menor que 1.000 g.	30 dias de vida até um ano: 4 mg/kg/dia de ferro elementar. Um ano até dois anos: 1 mg/kg/dia de ferro elementar.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria

Tabela 3 - Recomendações para prevenção da hipovitaminose D em crianças e adolescentes – SBP

Suplementar vitamina D, com 400UI/dia (< 1 ano) e 600 UI/dia (> 1 ano) nas seguintes situações	Crianças em aleitamento exclusivo iniciando logo após o nascimento. Para prematuros, a suplementação deve ser iniciada quando peso > 1.500 gramas e houver tolerância a ingestão oral.
	Crianças em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem < 1.000ml/dia.
	Crianças e adolescentes que não ingerem pelo menos 600 UI de vitamina D/dia na dieta.
	Crianças e adolescentes que não se expõem ao sol regularmente.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria

2. CASO CLÍNICO

Paciente, 23 anos, vem em consulta médica com seu médico de família, acompanhada de seu bebê com 10 dias de vida, queixa-se de dificuldade na amamentação pois o bebê dorme durante as mamadas e acaba soltando o peito. Além disso, queixa-se que há 05 dias seu leite "empedrou" e que está com algumas áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, relata que está sentindo muito desconforto durante as mamadas, nega febre ou mal estar. Diante disso, o médico pede para observar a mãe durante a amamentação e consegue perceber que as bochechas do bebê ficam encovadas a cada sucção, ouve alguns ruídos da língua e que a mama aparenta estar esticada ou deformada durante a mamada. Apesar de pretender amamentar exclusivamente o filho até os seis meses, a mãe já tem muitas dúvidas sobre alimentação complementar. É o primeiro filho da paciente e ela se encontra muito ansiosa e preocupada com toda a situação.

QUESTÕES PROPOSTAS

1) **Diante desse quadro, quais orientações gerais poderiam ser dadas a essa mãe com relação ao aleitamento materno:**
   a) Encorajar a manter o aleitamento materno da mesma forma que vem fazendo, ressaltando que o que ela está passando é normal e que é só uma fase que logo passará.
   b) Informar a mãe que ela está realizando a técnica incorreta de amamentação e orientá-la sobre a técnica correta, além de encorajá-la a manter o aleitamento materno, apoiá-la e esclarecer suas dúvidas e inseguranças.

c) Orientar que uma boa técnica de amamentação engloba deglutição visível e audível, a boca do bebê deve estar bem aberta e abocanhando a maior parte da aréola da mama, o lábio inferior invertido e o queixo devem estar tocando a mama materna.

d) Orientar que a criança deve abocanhar apenas o mamilo, sendo este colocado na boca do bebê após estimulação do seu lábio inferior.

e) Explicar para a mãe que em alguns casos a criança necessita de maior aporte calórico e, portanto, será necessário mudar a alimentação da criança, suspender o aleitamento materno e iniciar fórmulas infantis.

2) A queixa de ingurgitamento mamário patológico é muito comum na APS, sobretudo em primíparas, acontecendo aproximadamente três a cinco dias após o parto. Acerta do manejo dessa condição, assinale a alternativa correta.

a) Realizar massagens delicadas nas mamas, interromper amamentação no seio afetado e antibioticoterapia.

b) Deixar a mama em repouso evitando ordenha manual, massagens e amamentação no seio acometido.

c) Mamadas frequentes em livre demanda, realizar massagens delicadas nas mamas e analgesia.

d) Analgesia sistêmica, antibioticoterapia e crioterapia.

e) Fazer compressas mornas, evitar sutiã e estabelecer horários fixos para as mamadas.

3) Com relação aos diferentes métodos de alimentação complementar, assinale a alternativa correta.

a) Na alimentação complementar tradicional, o alimento deve ser batido ao liquidificador durante o processo de introdução.

b) A água deve ser oferecida antes dos seis meses de idade tanto no aleitamento materno exclusivo quando caso uso de fórmula infantil.

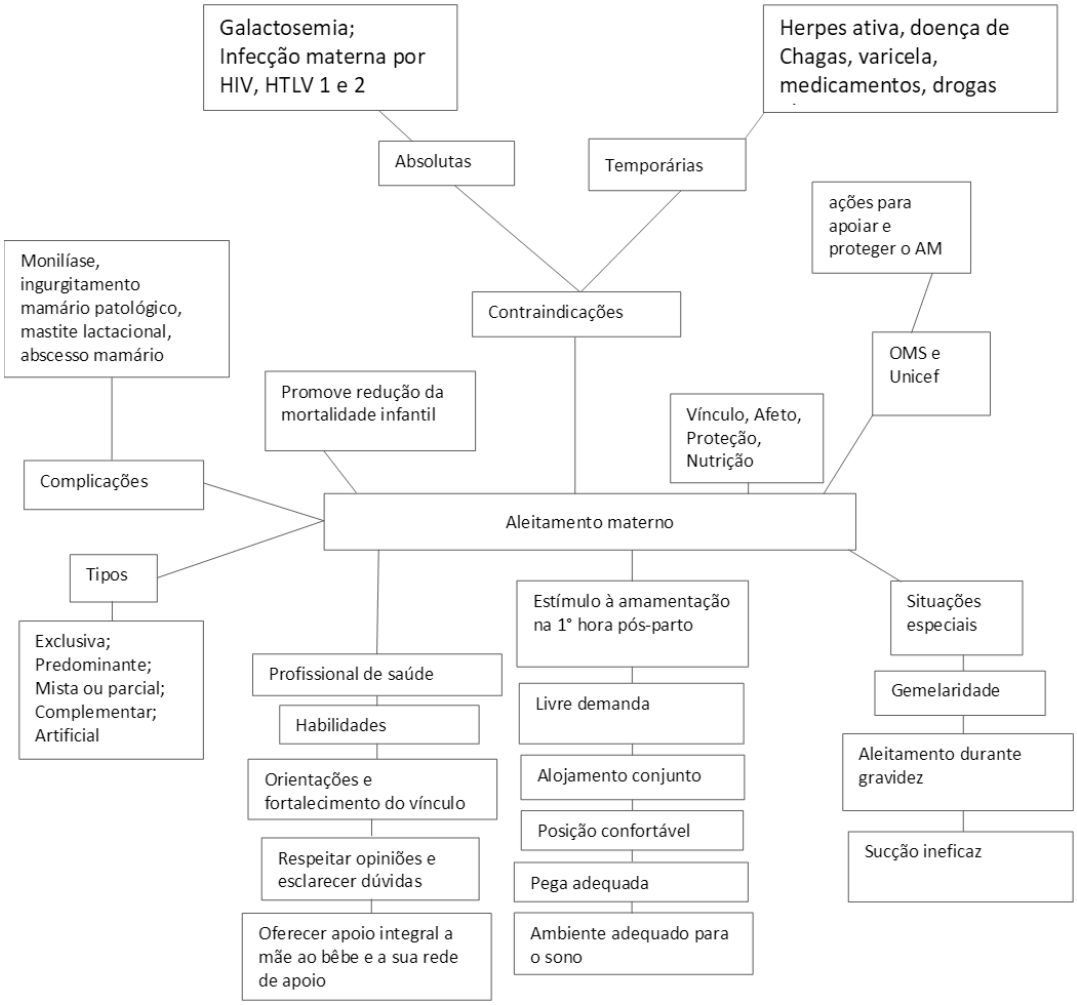
c) O método BLW recomenda descontinuar o aleitamento materno ou a fórmula infantil haja vista a introdução de novos alimentos.

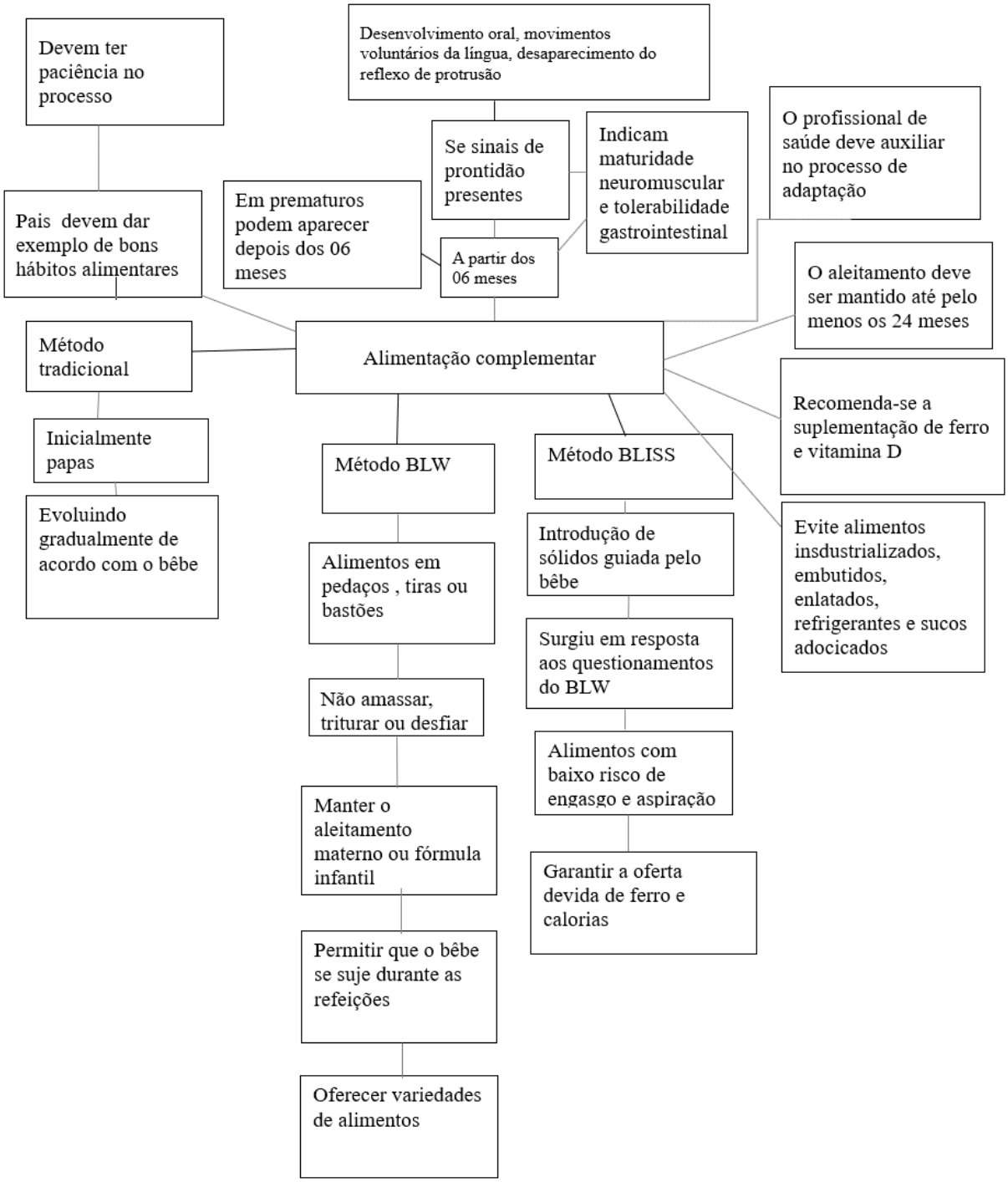
d) O método BLISS recomenda oferecer alimentos preparados de uma forma que reduza o risco de engasgo e evitar os alimentos com alto risco de aspiração.

e) Suco pode ser oferecido antes de 12 meses contando que seja só da fruta, preferencialmente na mamadeira.

Gabarito: 1-B; 2- C; 3- D.

FLUXOGRAMAS





Fonte: Elaborado pela autora (2021)

REFERÊNCIAS

BRASIL, Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação. Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno do HU-UFGD/EBSERH. Ministério da Educação, 2017.

BRASIL, Ministério da saúde. Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da atenção básica, nº23).

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL, Sociedade Brasileira de Pediatria. A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning). Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Nutrologia. [S.L]: [s.n.], 2017.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de medicina de família e comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KELLAMS, Ann. Breastfeeding: Parental education and support. Disponível em: https://www.uptodate.com/online. Acesso em 22.03.2021.

PONTES, A. M.; LUCENA, K.D.T.; SILVA, A. T. M. C; ALMEIDA, L. R.; DEININGER, L. S. C. As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer. Saúde em Debate. Rio de Janeiro: [s.n.], 2013. p. 354-361. v. 37, n. 97.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Amamentação: a base da vida. Documento científico do Departamento Científico de Aleitamento da SBP. [S.L.]: [s.n.], 2018.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica! Diretriz do Departamento de Nutrologia e Hematologia - Hemoterapia da SBP. [S.L.]: [s.n.], 2018.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

CAPÍTULO IV

IMUNIZAÇÕES

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-4

Autor(a): Ana Luísa Bonfim Rafael
Coautores: Letícia Benevides Cavalcante Soares
Samuel da Costa Fernandes
Yasmin Saboia Moreira
Orientador(a): Carlos Augusto Assunção Monteiro

1. INTRODUÇÃO

A imunização de crianças e adolescentes é uma estratégia de saúde extremamente importante na prevenção de doenças ao redor do mundo. As recomendações das práticas de vacinação devem ser baseadas em evidências científicas atualizadas, nas características de cada imunizante, epidemiologia das doenças e peculiaridades do paciente.

Os pais e cuidadores devem ser informados detalhadamente a respeito dos benefícios da vacinação, não somente para a sua criança ou adolescente, como também para a população como um todo, considerando que deixar de vacinar pode colocar toda uma coletividade em risco.

A vacinação no Brasil é obrigatória e amparada pela Constituição Federal, pelo Código Penal e por políticas de saúde pública, inclusive com penas previstas para os responsáveis pelas crianças que não cumprirem essa determinação. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) especifica que “é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias” e a Comissão dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDCA) considera que “a recusa em vacinar os filhos é um ato de negligência e pode ser considerado um crime grave, dependendo das circunstâncias”.

É atribuição dos profissionais da saúde, nas consultas de puericultura, checar o status vacinal da criança e do adolescente e recomendar vacinas aos mesmos. Os calendários de vacinação para esta faixa etária devem ser consultados constantemente, uma vez que novas vacinas são frequentemente incorporadas, podendo, também, ocorrer alteração nas recomendações para utilização de vacinas que já fazem parte da rotina. (CARVALHO, Aroldo, 2014)

O presente capítulo tem por finalidade promover uma atualização sobre calendários vacinais utilizados no Brasil, com ênfase nos preconizados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). São descritas as principais características das vacinas incluídas nos calendários, como: constituição, esquema, via de administração, eficácia, contraindicações e eventos adversos.

2. CALENDÁRIO

O calendário da SBP é elaborado para crianças e adolescentes hígidos (do nascimento até 19 anos de idade). Para aqueles com imunodeficiências ou em situações epidemiológicas específicas, as recomendações podem sofrer alterações. Quando a vacinação é iniciada fora da idade idealmente recomendada, os esquemas podem ser adaptados de acordo com a idade de início, respeitando-se os intervalos mínimos entre as doses. Todas as vacinas podem ocasionar eventos adversos, em geral leves e transitórios, e que devem ser informados à família. A notificação de qualquer evento adverso é fundamental para a manutenção da segurança das vacinas licenciadas em nosso país. (DEPARTAMENTO DE IMUNIZAÇÕES E DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGIA, 2019 – 2021).

Tabela 1 – Calendário de vacinação – Recomendação da SBP

Idade	Ao nascer	Meses									Anos					
		2	3	4	5	6	7-11	12	15	18	4-6	10	11-12	13-15	16	17-19
BCG ID	X															
Hepatite B	X	X		X		X						Adolescentes não vacinados deverão receber 3 doses				
Rotavírus		X		X												
DTP/DTPa		X		X		X			X		X					
dT/dTpa														X		
Hib		X		X		X			X							
VOP/VIP		X		X		X			X		X					
Pneumocócica Conjugada		X		X		X		X								
Meningocócica conjugada C e ACWY			X		X			X			X		X		X	

Idade	Ao nascer	Meses									Anos					
		2	3	4	5	6	7-11	12	15	18	4-6	10	11-12	13-15	16	17-19
Meningocócica B recombinante			X		X			X				Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses				
Influenza						A partir dos 6 meses de idade										
SCR/Varicela/SCRV								X	Reforço entre 15 meses e 4 anos			Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses de ambas as vacinas				
Hepatite A								X		X		Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses				
HPV												Crianças a partir dos 9 anos de idade				
Febre Amarela							A partir dos 9 meses de idade e 1 reforço aos 4 anos					1 dose para não vacinados previamente				
Dengue												Crianças e adolescentes a partir dos 9 anos com infecção prévia comprovada				

Fonte: Adaptado de Departamento de Imunizações E Departamento de Infectologia. Calendário de Vacinação da SBP 2020. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019-2021.

2.1. CONTRAINDICAÇÕES GERAIS

Não é raro muitos pais deixarem de levar seus filhos para vacinar por motivos irrelevantes, como infecções virais leves e lesões de pele discretas ou moderadas. A consequência desse adiamento seria um maior período de susceptibilidade da criança ou adolescente às infecções imunopreveníveis, redução da cobertura vacinal, com risco de aumento no número de casos de determinadas doenças infectocontagiosas

A vacinação deve ser adiada temporariamente nas seguintes situações:

- Episódios agudos de doenças com febre (principalmente para evitar confusão entre os eventos adversos de algumas vacinas e a evolução clínica da doença);
- Até 30 dias após o término de corticoterapia em dose imunossupressora;
- Até 90 dias após o uso de outros medicamentos ou tratamentos que provoquem imunossupressão;
- Até no mínimo três meses (variação de acordo com a vacina de 3-12 meses) após transplante de células tronco-hematopoiéticas (medula óssea) para vacinas com micro-organismos não vivos e dois anos para vacinas com micro-organismos vivos;
- De três a 11 meses após transfusão de plasma fresco ou imunoglobulinas, para vacinas com vírus vivos, devido à possibilidade de neutralização do antígeno vacinal por anticorpos presentes nesses produtos.

As vacinas de vírus vivos atenuados ou de bactérias vivas atenuadas não devem ser administradas nas condições relacionadas abaixo, salvo sob orientação médica documentada:

- Imunodeficiências congênitas ou adquiridas;

- Neoplasias malignas;
- Uso de corticosteroides em altas doses (equivalente a 2 mg/kg/dia ou ≥ 20 mg/dia de prednisona em crianças), por período superior a 15 dias;
- Terapia imunossupressora (radioterapia, quimioterapia, uso de imunossupressores).

Tabela 2 – Vacina de BCG

BCG	
O QUE PREVINE	Formas graves de tuberculose (miliar e meníngea).
CONSTITUIÇÃO	Bacilo de Calmette-Guérin (atenuado).
ESQUEMA DE DOSES	Dose única ao nascer.
EFICÁCIA	▪ 0 – 80% contra tuberculose pulmonar. ▪ > 50% contra as formas graves da doença.
EFEITOS ADVERSOS	▪ Abscessos subcutâneos frios. Devem ser tratados com Isoniazida 10mg/kg/dia até melhora clínica. ▪ Abscessos subcutâneos quentes. Indicada antibioticoterapia adequada para germes de pele. ▪ Linfonodomegalia > 3 cm ou úlceras > 1 cm que não cicatrizam em até 12 semanas. Também devem ser tratadas com Isoniazida na dose de 10mg/kg/dia até melhora clínica. ▪ Reação sistêmica, com hepatoesplenomegalia, febre e linfadenite difusa, pode ocorrer em pacientes imunocomprometidos, mimetizando um quadro de tuberculose disseminada, podendo evoluir com óbito. O tratamento é realizado com esquema tríplice (Rifampicina, Isoniazida e Etambutol).
INDICAÇÃO	▪ Crianças até 5 anos de idade. ▪ Contactantes domiciliares de pacientes com hanseníase.
CONTRAINDICAÇÕES	▪ Imunodeficiências congênitas e adquiridas. ▪ Recém-nascidos com peso inferior a 2kg.
OUTRAS CONSIDERAÇOES	▪ Recém-nascidos de mães que usaram medicamentos que possam causar imunodepressão do feto durante a gestação devem ter a sua vacinação adiada. ▪ A BCG quase sempre deixa uma cicatriz característica, com até 1cm de diâmetro, no local em que foi aplicada. ▪ Revacinação de crianças sem cicatriz vacinal não é mais indicada pelo PNI.

Fonte: autores (2021).

Tabela 3 – Vacina de Hepatite B

HEPATITE B	
O QUE PREVINE	Hepatite B
CONSTITUIÇÃO	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HbsAg).
ESQUEMA DE DOSES	▪ Primeira dose deve ser aplicada de preferência nas primeiras 12h de vida. ▪ Segunda dose aos 2 meses. ▪ Terceira dose aos 6 meses.
EFICÁCIA	Os títulos de antiHBs estão elevados (>10UI/mL) em > 95% dos lactentes e crianças vacinadas. A proteção conferida é superior a 12 anos e provavelmente vitalícia em indivíduos imunocompetentes.

EFEITOS ADVERSOS	▪ Locais: dor, edema e hiperemia. ▪ Sistêmicos: febre, mal-estar, fadiga, tontura, cefaleia, irritabilidade, desconforto gastrointestinal leve.
INDICAÇÃO	Disponível para toda a população, do nascimento até os 49 anos de idade.
CONTRAINDICAÇÕES	▪ Reação anafilática em dose anterior. ▪ Púrpura trombocitopênica pós vacinal.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Crianças filhas de mães portadoras de hepatite B devem receber, além da vacina, a imunoglobulina humana específica (IGHB – 0,5ml), a fim de prevenir a transmissão vertical.

Fonte: autores (2021).

Tabela 4 – VORH

VORH (Vacina Oral contra o Rotavírus Humano)	
O QUE PREVINE	Doença diarreica causada por rotavírus.
CONSTITUIÇÃO	▪ monovalente (VRH1): contém 1 cepa atenuada de rotavírus vivo enfraquecido. ▪ pentavalente (VRH5): contém 5 cepas atenuadas de rotavírus vivos enfraquecido.
ESQUEMA DE DOSES	▪ Primeira dose: até os 3 meses e 15 dias. ▪ Segunda dose: até 7 meses e 29 dias.
EFICÁCIA	73% para casos graves de gastroenterite por rotavírus.
EFEITOS ADVERSOS	▪ Comuns: irritabilidade, febre e diarreia. ▪ Raros: evacuações com sangue e intuscepção intestinal.
INDICAÇÃO	Bebês de 6 semanas a 8 meses.
CONTRAINDICAÇÕES	▪ Relativas: doença febril moderada a grave, doença diarreica intensa ou vômitos. Adiar vacinação até melhora clínica. ▪ Absolutas: imunodeficiência primária ou secundária. história de malformação do trato digestivo, doença gastrointestinal crônica ou episódio de invaginação prévio.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Não é necessário revacinar em casos de regurgitação da dose. ▪ Crianças que convivem com adultos imunodeficientes podem tomar a vacina.

Fonte: autores (2021).

Tabela 5 – Tríplice Bacteriana

TRÍPLICE BACTERIANA (DTP/DTPa)	
O QUE PREVINE	Difteria, coqueluche e tétano.
CONSTITUIÇÃO	Toxoides tetânico e diftérico, associados a antígenos purificados da bactéria causadora de coqueluche (Bordetella pertussis).
ESQUEMA DE DOSES	▪ 2,4 e 6 meses. ▪ Primeiro reforço aos 15 meses e segundo entre 4 e 6 anos.
EFICÁCIA	▪ 100% para difteria e tétano. ▪ 77 a 95% para coqueluche.
EFEITOS ADVERSOS	A versão acelular (DTPa), quando possível, deve substituir a versão de células inteiras (DTP), visto que possui a mesma eficácia, porém com menos efeitos colaterais. ▪ Comuns: eritema e dor local. ▪ Raros: nódulos ou abscessos locais. Febre, sonolência, irritabilidade, crises convulsivas mal-estar e vômitos. ▪ Muito raros: encefalopatia pós vacinal e reações de hipersensibilidade.

INDICAÇÃO	Crianças menores de 7 anos de idade, mesmo que já tenham sido previamente acometidas pelas doenças em questão, uma vez que estas doenças não conferem proteção permanente frente a nossas infecções.
CONTRAINDICAÇÕES	▪ Crianças que apresentaram encefalopatia até 7 dias após aplicação de dose anterior. ▪ Anafilaxia causada por qualquer componente da vacina.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ dT / dTpa: Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto. Possui menor quantidade de toxoide diftérico e componentes pertussis em comparação a vacina infantil (DTPa). ▪ Adolescentes com esquema completo de DTP ou DTPa devem receber um reforço com dT ou dTPa aos 14 anos de idade. ▪ Crianças maiores de 7 anos, não imunizadas ou com histórico vacinal desconhecido, devem receber 1 dose de dTpa, seguidas de 2 ou 3 doses da vacina dT, com intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses.

Fonte: autores (2021).

Tabela 6 – Hib

HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B (Hib)	
O QUE PREVINE	Doenças causadas pelo Haemophilus influenzae do tipo b, principalmente meningite.
CONSTITUIÇÃO	Polissacarídeo da cápsula da bactéria Hib, conjugada com toxóide tetânico.
ESQUEMA DE DOSES	▪ PNI: 3 doses (2, 4 e 6 meses). ▪ SBP e SBIm: recomendam uma quarta dose entre 12 e 18 meses. ▪ Crianças maiores de 5 anos: duas doses com intervalo de 2 meses.
EFICÁCIA	95 a 100% após esquema vacinal completo.
EFEITOS ADVERSOS	▪ Locais: dor, edema e hipermia. ▪ Sistêmicos: febre, cansaço, tontura, cefaléia, irritabilidade, desconforto gastrointerstinal. Podem aparecer nas primeiras 24h e acometem de 1 a 20% dos vacinados.
INDICAÇÃO	▪ Crianças de 2 meses a 5 anos de idade. ▪ Crianças maiores de 5 anos, adolescentes e adultos que aumentem o risco de doença por Hib (exemplos: disfunção do baço ou esplenectomia, transplante de órgãos ou medula óssea, quimioterapia).
CONTRAINDICAÇÕES	História de anafilaxia por qualquer componente da vacina ou dose anterior.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	Pode ser encontrada isolada ou combinada com a tríplice bacteriana (DTPw ou DTPa), compondo a vacina Pentavalente.

Fonte: autores (2021).

Tabela 7 – VOP/VIP

VACINA PARA POLIOMIELITE (VOP/VIP)	
O QUE PREVINE	Poliomielite (paralisia infantil).
CONSTITUIÇÃO	▪ VOP: Poliovirus tipos 1 e 3 atenuados. ▪ VIP: Poliovirus tipos 1, 2 e 3 inativados. associados a estreptomicina, neomicina e polimixina B.
ESQUEMA DE DOSES	▪ VIP: 2, 4 e 6 meses. Primeiro reforço entre 15 e 18 meses e segundo entre 4 e 5 anos. ▪ VOP: utilizada para as doses de reforço na rede pública.

EFICÁCIA	95% com duas doses. 99-100% com três doses.
EFEITOS ADVERSOS	▪ De modo geral são raros, em alguns casos podem ocorrer febre, mal estar, diarréia e dor de cabeça. ▪ VOP: seu principal efeito adverso é a paralisia pós vacinal, tanto no vacinado, como no contactante. É bastante rara e pode surgir entre o 4º e 40º dia após a vacinação. ▪ VIP: dor, edema e hipreremia local. Reações de hipersensibilidade, com risco adicional para pessoas alérgicas aos antibióticos que fazem parte da sua formulação.
INDICAÇÃO	▪ Indicada de rotina para todas as crianças menores de 5 anos. ▪ Viajantes adolescentes e adultos com destino a países onde a doença é endêmica.
CONTRAINDICAÇÕES	▪ A VOP não deve ser administrada em bebes que se encontram hospitalizados, tampouco em crianças que convivem com gestantes ou pacientes imunodeprimidos. ▪ VIP: história de reação alérgica grave após dose anterior da vacina ou algum de seus componentes.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Se o bebê regurgitar ou vomitar não é necessário repetir a dose.

Fonte: autores (2021).

Tabela 8 – Pneumocócicas conjugadas

PNEUMOCÓCICAS CONJUGADAS	
O QUE PREVINE	▪ 10 – Valente (VPC10): Doenças graves (pneumonia, otite, meningite) causadas por 10 sorotipos de Pneumococo. ▪ 13 – Valente (VPC13): Doenças graves (pneumonia, otite, meningite) causadas por 13 sorotipos de Pneumococo.
CONSTITUIÇÃO	▪ VPC10: composta de dez sorotipos de Streptococcus pneumoniae (pneumococo), oito deles conjugados com a proteína D do Haemophilus influenzae tipo b, um com o toxoide tetânico e outro com toxoide diftérico. ▪ A VPC13: composta de 13 sorotipos de Streptococcus pneumoniae (pneumococo) conjugados com a proteína CRM197.
ESQUEMA DE DOSES	▪ VPC10: 2 e 4 meses. Reforço aos 12 meses. ▪ VPC13: 2, 4 3 6 meses. Reforço entre 12 e 15 meses.
EFICÁCIA	▪ 70% dos casos de doenças graves por pneumococo são evitados com o uso da VPC10. Já a VPC13 eleva essa taxa para 90%.
EFEITOS ADVERSOS	▪ Locais: dor, edema e hiperemia locais. ▪ Sistêmicos: febre, inapetência, sintomas gastointestinais, urticária, irritabilidade, sonolência. Muito raramente podem ocorrer crises convulsivas e anafilaxia.
INDICAÇÃO	Todas as crianças até 5 anos de idade.
CONTRAINDICAÇÕES	História de anafilaxia por qualquer componente da vacina ou dose anterior.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ As sociedades brasileiras de Pediatria (SBP) e de Imunizações (SBIm) recomendam, sempre que possível, o uso da VPC13, devido à proteção contra mais sorotipos. ▪ Crianças que começam a vacinação com atraso, após os 6 meses de vida, precisam que seus esquemas sejam adaptados de acordo com a idade de início.

	▪ Crianças com risco aumentado para doença penumocócia devem receber a partir dos 2 anos de idade a vacina 23- Valente (VPP23).

Fonte: autores (2021).

Tabela 9 – Meningocócicas conjugadas e ACWY

MENINGOCÓCICAS CONJUGADAS C E ACWY	
O QUE PREVINE	Meningite e meningococcemia.
CONSTITUIÇÃO	Antígenos das cápsulas dos meningococos dos sorogrupos A, C, W e Y, conjugados a uma proteína (toxóide tetânico, diftérico ou mutante atóxico da toxina diftérica).
ESQUEMA DE DOSES	3 e 5 meses de idade. Reforço entre 12 e 15 meses.
EFICÁCIA	▪ 94% para o sorogrupo A. ▪ 98% para os sorogrupos C,W e Y.
EFEITOS ADVERSOS	▪ Duram entre 24 e 72h. ▪ 10%: apresentam hiperemia, dor e edema no local da aplicação, inapetência, irritabilidade, sonolência, dor de cabeça, calafrios, cansçao, dor muscular. ▪ 1 – 10%: sinais gastrintestinais (diarréia, náusea e vômito), erupções na pele e dor articular. ▪ 0,1 – 1%: mal estar, insônia, choro persistente, vertigem, prurido, dor muscular, dor nas mãos e nos pés.
INDICAÇÃO	▪ Lactentes a partir de 2 meses, crianças e adolescentes. ▪ Adultos e idosos com risco aumentado para doença meningocócica. ▪ Viajantes com destino a regiões onde há risco aumentado para doença.
CONTRAINDICAÇÕES	Histórico de após uso de algum componente da vacina ou após dose anterior.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Sempre que possível usar preferencialmente a vacina MeninACWY pelo maior espectro de proteção. ▪ Crianças com esquema vacinal completo com vacina MeninC podem se beneficiar de dose adicional da MeninACWYa qualquer momento, respeitando-se um intervalo mínimo de 1 mês entre as doses.

Fonte: autores (2021).

Tabela 10 – Meningocócica B e recombinante

MENINGOCÓCICA B RECOMBINANTE	
O QUE PREVINE	Meningite e meningococcemia causada pelo meningococo do tipo B.
CONSTITUIÇÃO	Proteínas capsulares e vesículas da membrana do meningococo B.
ESQUEMA DE DOSES	▪ 3 – 12 meses: 2 doses com intervalo de 2 meses. Dose de reforço no segundo ano de vida. ▪ 12 – 23 meses: 1 doses com intervalo de 2 meses. Também recebem uma dose de reforço. ▪ > 24 meses: 2 doses com intervalo de 2 meses. Não realizada dose de reforço.
EFICÁCIA	▪ 24% para 1 dose. ▪ 64% para duas doses. ▪ 71% para 3 doses. ▪ Não se conhece, até o momento, a duração exata da proteção conferida pela vacina, mas estima-se que persista por no mínimo 2 anos após a terceira dose da vacinação.

EFEITOS ADVERSOS	▪ Em crianças menores de 2 anos, febre alta com duração de 24 a 28 horas pode ocorrer em mais de 10% dos vacinados. Quando a vacina é aplicada junto com a tríplice bacteriana acelular, pneumocócica conjugada, Haemophilus influenzae tipo b, poliomielite e hepatite B, esse percentual aumenta para 69% a 79%. Por isso é preferível não as aplicar no mesmo dia. ▪ Em crianças até 10 anos, em mais de 10% dos vacinados acontecem: perda de apetite; sonolência; choro persistente; irritabilidade; diarreia; vômitos; erupções na pele; sensibilidade no local da aplicação e ao movimentar o membro onde foi aplicada a vacina; reações locais (dor, calor, vermelhidão, inchaço). Em 0,01% a 0,1% ocorrem urticária e outras reações alérgicas. Até o momento não foi observada anafilaxia. ▪ Em mais de 10% dos vacinados com mais de 11 anos ocorre cefaleia; náuseas; dor nos músculos e articulações; mal-estar e reações locais, como inchaço, endurecimento, vermelhidão e dor. A dor pode ser muito intensa, atrapalhando a realização das atividades cotidianas.
INDICAÇÃO	Lactentes, crianças e adolescentes.
CONTRAINDICAÇÕES	Pessoas com história de anafilaxia em dose anterior.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	Em casos de surtos de meningite meningocócica B, pode-se utilizar a vacinação de bloqueio como método de controle.

Fonte: autores (2021).

Tabela 11 – Influenza

INFLUENZA	
O QUE PREVINE	Influenza
CONSTITUIÇÃO	▪ Vírus fracionados ou subunidades, associados a antibióticos como neomicina ou polimixina. ▪ Sua composição viral muda anualmente, por determinação da OMS, sendo selecionadas três ou quatro cepas mais prevalentes do ano anterior.
ESQUEMA DE DOSES	▪ 6 meses a 8 anos: primovacinação com 2 doses (intervalo de 1 mês). Revacinação anual ▪ > 9 anos: dose única anual.
EFICÁCIA	Reduz em 60 – 70% dos casos de contaminação por Influenza.
EFEITOS ADVERSOS	▪ Comuns: dor local, febre, mal estar e mialgia. Tem início após 6 horas da aplicação e podem persistir até 2 dias. ▪ Dentre as complicações raras podemos citar síndrome de Guillain Barré.
INDICAÇÃO	Todas as crianças e adolescentes a partir dos 6 meses, principalmente aquelas de maior risco para infecções respiratórias, que podem ter complicações e a forma grave da doença.
CONTRAINDICAÇÕES	Reação anafilática prévia a ovo de galinha ou qualquer outro componente da vacina.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Crianças menores de 9 anos que estejam sendo vacinadas pela primeira vez devem receber 2 doses com intervalo de 30 dias. ▪ Paciente com elevado risco para a doença e que sejam alérgicos, podem a vacina pode ser feitem pacientes alérgicos, desde que sob supervisão, em local com recursos que possam tratar possíveis reações de hipersensibilidade.

Fonte: autores (2021).

Tabela 12 – Tríplice viral, tetra viral, varicela

TRÍPLICE VIRAL (SCR) / TETRA VIRAL (SCRV) / VARICELA	
O QUE PREVINE	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela.
CONSTITUIÇÃO	Vírus vivos atenuados, neomicina, traços de proteína do ovo de galinha.
ESQUEMA DE DOSES	▪ Rotina: 2 doses (aos 12 e 15 meses). ▪ Crianças mais velhas que não foram vacinadas devem receber 2 doses com intervalo de 1 a 2 meses. ▪ Em casos de surto de caxumba ou sarampo, pode ser considerada a aplicação de uma terceira dose da vacina.
EFICÁCIA	95% dos vacinados apresentam soroconversão.
EFEITOS ADVERSOS	▪ Locais: dor local, edema, hiperemia, hiperestesia. ▪ Sistêmicos: Febre, congestão nasal, cefaleia, irritabilidade, conjuntivite, exantema, linfadenopatia, meningite, encefalite, purpura trombocitopênica, artrite, parotidite, pancreatite, ooforite, orquite, reações de hipersensibilidade.
INDICAÇÃO	Todas as crianças a partir dos 12 meses de idade.
CONTRAINDICAÇÕES	Gestantes e pessoas com comprometimento imunológico por doença ou medicação.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Indivíduos com história prévia de sarampo, caxumba, rubéola e varicela são considerados imunizados contra as doenças, mas é preciso ter certeza do diagnóstico. Na dúvida, recomenda-se vacinação. ▪ A maioria das crianças com história de reação anafilática a ovo não apresentam reações adversas a vacina tríplice. Recomenda-se, no entanto, que essas crianças sejam vacinadas em ambiente hospitalar ou outro que ofereça suporte de atendimento para anafilaxia.

Fonte: autores (2021).

Tabela 13 – Hepatite A

HEPATITE A	
O QUE PREVINE	Hepatite A
CONSTITUIÇÃO	▪ Antígenos do vírus da hepatite A. ▪ Pode conter traços de neomicina.
ESQUEMA DE DOSES	▪ Rotina: 2 doses com intervalo de 6 meses (12 e 18 meses). ▪ PNI: dose única entre 15 meses e 5 anos.
EFICÁCIA	Taxas de Soroconversão de 94 a 100%.
EFEITOS ADVERSOS	▪ São, em geral, pouco frequentes. ▪ 10%: dor e hiperemia no local da aplicação, cefaleia. ▪ 1 - 10%: inapetência, diarreia, náusea, febre baixa. ▪ 0,1 - 1%: rinite, vertigem, erupções na pele, dor ou rigidez muscular. ▪ 0,01 - 0,1%: parestesias, calafrios, prurido.
INDICAÇÃO	Crianças a partir de 12 meses de idade.
CONTRAINDICAÇÕES	▪ Reação anafilática a algum componente da vacina. ▪ Gestantes. ▪ Em casos de doença aguda com febre alta a vacina deverá ser adiada até melhora clínica.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Em pessoas com doenças que aumentam o risco de sangramento pode ser substituída pela via subcutânea. ▪ A vacina também pode ser usada como medida de profilaxia pós exposição em crianças maiores de 1 ano. Tal medida tem boa resposta no controle de surtos e epidemias.

Fonte: autores (2021).

Tabela 14 – HPV4

HPV4	
O QUE PREVINE	Infecções persistentes e lesões pré-cancerosas causadas pelo papiloma vírus humano dos tipos 6,11, 16 e 18.
CONSTITUIÇÃO	Proteínas L1 dos papilomavírus (subtipos acima).
ESQUEMA DE DOSES	▪ 9 - 14 anos: 2 doses com intervalo de 6 meses. ▪ > 15 anos: 3 doses. (0, 1 a 2 e 6 meses).
EFICÁCIA	▪ Quando tomada na infância, antes do início da vida sexual, a vacinação tem eficácia de 98%. ▪ Em mulheres mais velhas, previamente expostas, a eficácia cai para 44%. ▪ Em homens nunca expostos a eficácia é 90%.
EFEITOS ADVERSOS	Pouco frequentes. Dor, hiperemia e edema local, urticária, náuseas, vômitos e dor de cabeça.
INDICAÇÃO	▪ Meninos e meninas a partir dos 9 anos de idade.
CONTRAINDICAÇÕES	Gestantes e pessoas que apresentaram anafilaxia após receber dose anterior da vacina.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Independentemente da idade, imunodeprimidos por doença ou tratamento devem receber o esquema de 3 doses.

Fonte: autores (2021).

Tabela 15 – Febre Amarela

FEBRE AMARELA	
O QUE PREVINE	Febre amarela.
CONSTITUIÇÃO	Vírus vivo atenuado.
ESQUEMA DE DOSES	▪ 2 doses: aos 9 meses e 4 anos. ▪ dose única: maiores de 5 anos.
EFICÁCIA	Soroconversão acontece em até 90% dos vacinados e dura um período de 10 anos.
EFEITOS ADVERSOS	▪ Comuns: dor local, mialgia, cefaléia e febre baixa. ▪ Raros: doença viscerotrópica aguda, encefalites ou encefalopatias.
INDICAÇÃO	Toda a população brasileira.
CONTRAINDICAÇÕES	▪ Crianças menores de 6 meses. ▪ Imunodeficiências congênitas ou adquiridas. ▪ Situações que levem a estado de imunossupressão, como por exemplo: neoplasias ativas em uso de quimio ou radioterapia, uso de imunossupressores ou corticoterapia em altas doses. ▪ Histórico de reações anafiláticas a ovo. ▪ Gestantes e lactantes (< 6meses).
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ Não administrar simultaneamente com a tríplice viral, tetra viral ou varicela, devido a possível interferência na resposta imune. Deve-se estabelecer intervalo mínimo de 30 dias entre as mesmas. ▪ A vacina não está indicada em mulheres que amamentam crianças menores de seis meses. No entanto, caso não seja possível adiar a vacinação, recomenda-se interromper a amamentação por um período mínimo de 10 dias após a administração da dose.

Fonte: autores (2021).

Tabela 16 – Dengue

DENGUE	
O QUE PREVINE	Infecção causada pelos quatro sorotipos de dengue (DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4).
CONSTITUIÇÃO	Vírus atenuados (4 sorotipos).
ESQUEMA DE DOSES	3 doses com intervalo de 6 meses. A partir de 9 anos.
EFICÁCIA	▪ 65,5% na prevenção da doença em geral. ▪ 93% na prevenção de dengue grave e hemorrágica. ▪ diminui as chances de internação em mais de 80%.
EFEITOS ADVERSOS	Dor no local da aplicação, cefaleia e mialgia, costumam aparecer nos primeiros 3 dias. A febre pode ser um efeito adverso tardio, com surgimento até o 14º dia.
INDICAÇÃO	Crianças e adolescentes a partir dos 9 anos de idade com infecção prévia comprovada.
CONTRAINDICAÇÕES	Indivíduos imunodeprimidos, gestantes e lactantes.
OUTRAS CONSIDERAÇÕES	▪ A vacinação de pessoas não infectadas previamente aumenta o risco de hospitalização e dengue com sinal de alarme. ▪ Não deve ser administrada com outras vacinas do calendário.

Fonte: autores (2021).

2.2. VACINAÇÃO EM RECÉM NASCIDOS PREMATUROS

O nascimento de bebes prematuros tem sido cada vez mais comum, bem como suas taxas de sobrevivência. Seu calendário vacinal tende a seguir a idade cronológica, respeitando, contudo, intervalo preconizado entre as doses e o peso mínimo exigido nos casos das vacinas BGC e Hepatite B.

Outra particularidade que merece destaque é a aplicação da Palivizumabe, um tipo de anticorpo que induz a imunização passiva específica contra o vírus sincicial respiratório (VSR).

Tabela 17 – Palivizumabe

PALIVIZUMABE	
O QUE PREVINE	Formas graves de infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em bebês de alto risco.
CONSTITUIÇÃO	Anticorpo específico contra o VSR.
ESQUEMA DE DOSES	Doses mensais por 5 meses, conforme o período de maior circulação do vírus.
EFICÁCIA	▪ 65,5% na prevenção da doença em geral. ▪ 93% na prevenção de dengue grave e hemorrágica. ▪ diminui as chances de internação em mais de 80%.
EFEITOS ADVERSOS	São documentadas apenas reações locais raras, leves e autolimitadas.
INDICAÇÃO	▪ Prematuros entre 29 e 32 semanas até o 6º mês de vida. ▪ Prematuros menores de 28 semanas durante todo o primeiro ano de vida. ▪ Bebês com broncodisplasia ou cardiopatia congênita até os 2 anos de idade, independente de idade gestacional ao nascer.
CONTRAINDICAÇÕES	Reações alérgicas a doses anteriores.

Fonte: autores (2021).

2.3. VACINAÇÃO EM IMUNODEPRIMIDOS

De uma forma geral, pacientes portadores de imunodeficiência, seja ela congênita ou adquirida, não devem receber vacinas de agentes vivos atenuados. Vacinas inativadas podem ser aplicadas com segurança, no entanto, podem não apresentar a mesma eficácia e proteção em comparação a resposta de um indivíduo imunocompetente.

Pacientes portadores de neoplasias que serão submetidos a tratamento quimioterápico e/ou radioterapia deverão ter seu esquema vacinal atualizado até 14 dias do início do tratamento. Apenas a BCG e a VOP não poderão ser administradas. A mesma recomendação vale para pacientes com indicação de transplante de órgão sólido.

Pacientes com doenças autoimunes não deverão receber nenhum tipo de vacina viva atenuada, mesmo antes de iniciar o tratamento imunossupressor.

Uma estratégia conveniente é vacinar aquelas pessoas que convivem diretamente com indivíduos imunodeprimidos, familiares, profissionais de saúde e contactantes próximos, diminuindo assim o seu risco de contágio.

3. TESTANDO SEUS CONHECIMENTOS

1) **No que se refere à vacinação preconizada pelo Plano Nacional de Imunização, assinale a alternativa que contempla as vacinas que devem ser aplicadas ao nascer:**
   a) VOP/VIP, BCG
   b) Hepatite B, Hepatite A
   c) Hepatite A, BCG
   d) BCG, Hepatite B
2) **Em relação aos efeitos adversos causadas pelas vacinas, assinale o item correto:**
   a) Apesar de bastante eficaz, os efeitos adversos causados pela vacina contra Hepatite A são bastante frequentes, como: dor e hiperemia no local da aplicação, inapetência, diarreia, entre outros.
   b) A vacina contra Febre Amarela suscita bastante atenção em virtude da grande ocorrência de encefalopatias após a aplicação.
   c) Por se tratar de uma vacina especial, a Pavilizumabe pode acarretar em importantes reações adversas sistêmicas.

d) Os principais efeitos adversos da BCG são úlceras e adenopatia localizada e, na maioria das vezes, são decorrentes da má aplicação da vacina.

3) Em uma consulta de rotina de uma criança de 6 meses, a mãe apresenta ao médico o cartão de vacinas totalmente adequado à idade de seu filho. Ao analisar a caderneta, o médico encontrará todas as vacinas abaixo já aplicadas, EXCETO:

a) BCG

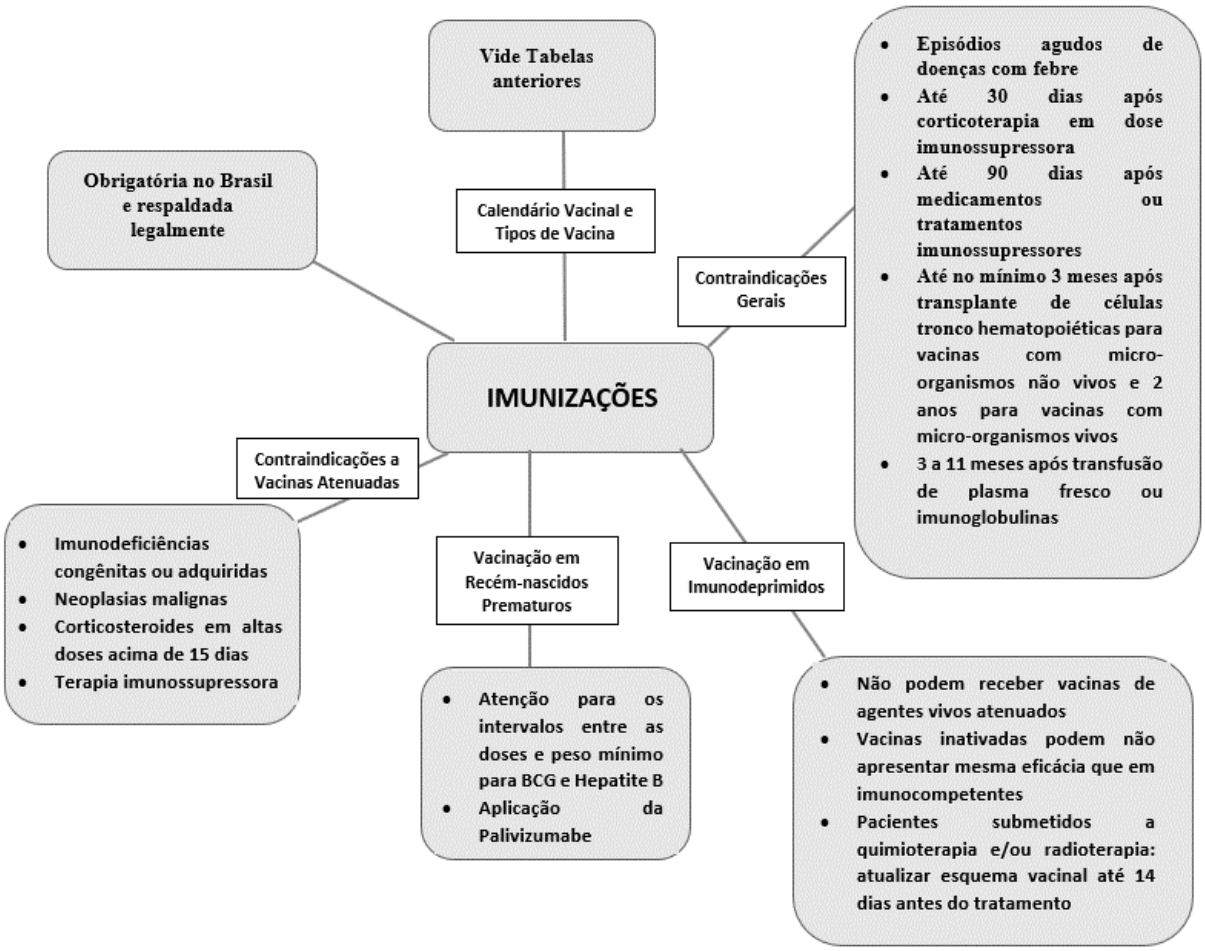
b) Rotavírus

c) Hepatite A

d) VIP/VOP

Gabarito: 1-D, 2-D, 3-C.

FLUXOGRAMA



Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS:

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Active and Passive Immunization. In: PICKERING, L.K.; BAKER, C.J.; KIMBERLIN, D.W.; LONG, S.S.; (eds). Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012. p.1-109.

CARVALHO, A.P.; FARIA, S.M. Artigo de revisão: Vacinação da criança e adolescente. Resid Pediatr.[S.L.]: [s.n.], 2014.

DEPARTAMENTO DE IMUNIZAÇÕES E DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGIA. Calendário de Vacinação da SBP 2020. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019-2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNOLOGIA. Calendários de Vacinação. Disponível em: <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>. Acesso em 01.06.2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Calendário do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/>. Acesso em 01.06.2021.

CAPÍTULO V

PRINCIPAIS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS NA CRIANÇA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-5

Autor(a): Victor Carneiro de Souza
Coautores: Bárbara Ponte Souza
Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Yasmin Saboia Moreira
Orientador(a): Walter Oliveira Rios Júnior

1. INTRODUÇÃO

Na faixa etária pediátrica, as queixas respiratórias são motivos de consultas frequentes em Unidades de Atenção Básica. Este capítulo será dividido didaticamente em duas partes, de forma a abordar as doenças respiratórias de maior morbimortalidade nessa faixa etária em nosso país.

2. A CRIANÇA COM SIBILÂNCIA

A sibilância é um sinal clínico frequente especialmente nos primeiros anos de vida, geralmente associada a distúrbios obstrutivos baixos. Os lactentes são caracteristicamente os que possuem as vias aéreas mais predispostas a ocorrência desses fenômenos. Quando se instala um processo inflamatório, ocorre acúmulo de secreções e, assim, limitação ao fluxo aéreo, o que clinicamente se traduz na ausculta por sibilos e/ou ruídos adventícios.

Por definição, os lactentes sibilantes são as crianças menores de 2 anos que apresentam quadro de sibilância contínua há pelo menos 1 mês ou, no mínimo, 3 episódios de sibilos em um período de 2 meses. O “chiado no peito” não é patognomônico de asma. A maioria dos lactentes e pré-escolares que sibilam não apresentarão mais sintomas aos 5 ou 6 anos de idade. Entretanto, nos casos que começam ou persistem além da idade escolar, a asma tende a permanecer como doença crônica ao longo da vida. Nesses casos, a maioria das crises são desencadeadas por infecções respiratórias (principalmente virais), alérgenos inalatórios, substâncias irritantes ou exercícios físicos.

2.1. QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da asma é tipicamente marcado por sibilância recorrente, dispneia, desconforto torácico retroesternal e tosse. Essa sintomatologia decorre da limitação variável ao fluxo aéreo, a qual poderá ter resolução espontânea ou após o uso de broncodilatador.

2.2. MANEJO

O diagnóstico é clínico e firmado pelo acompanhamento longitudinal da criança. A história clínica detalhada é primordial, com a caracterização do primeiro episódio de sibilância, a frequência e a intensidade de novos episódios, os sintomas associados durante o período entre crises, e a resposta à terapêutica utilizada. Nos antecedentes pessoais, deve-se investigar manifestações atópicas, como eczemas, rinite alérgica, o que fala a favor do diagnóstico de asma. Na história familiar, a presença de atopia em parentes de primeiro grau é considerado fator de risco importante para a doença.

A radiografia de tórax é útil para descartar quadros de infecções respiratórias agudas, como pneumonias, presença de corpo estranho e tuberculose. A espirometria, quando disponível, é o principal exame complementar para confirmar o distúrbio obstrutivo, porém sua realização deve ser indicada somente em crianças maiores de 1 ano de idade.

CARACTERÍSTICAS SUGESTIVAS DE ASMA EM CRIANÇAS < 6 ANOS
Tosse, sibilância recorrente (durante o sono, desencadeada por atividade física, risada, choro ou exposição ao tabaco ou à poluição)
Dificuldade respiratória (aos exercícios, risadas ou choro)
Redução de atividades físicas
História familiar de asma em parentes de primeiro grau e história pregressa de outras alergias (dermatite ou rinite atópica)
Sintomas respondem ao teste terapêutico com baixa dose de CI

Fonte: Adaptado de GINA (2019).

A tabela abaixo descreve os principais critérios utilizados para estimar a probabilidade do diagnóstico de asma na criança, sendo definido como provável na presença de um critério maior ou dois menores.

ÍNDICE CLÍNICO PARA DEFINIÇÃO DO RISCO DE ASMA (CRIANÇAS < 3 ANOS, > 3 CRISES/ANO)	
Critérios maiores	Diagnóstico clínico de eczema; pelo menos um dos pais com asma.
Critérios menores	Diagnóstico clínico de rinite alérgica; Sibilância na ausência de resfriado; Eosinofilia persistente ≥ 4.

Fonte: Adaptado de Tratado de Pediatria, (2017).

Como primeira conduta no manejo não farmacológico, deve-se recomendar evitar a exposição excessiva a fatores alergênicos ambientais (poeira, ácaros, pelo de animais, etc) e ao fumo passivo domiciliar. Além disso, deve-se manter o cartão de vacinas sempre atualizado contra influenza e as vacinas antipneumocócicas naquelas crianças com sibilância recorrente.

Diante de crise aguda de sibilância leve ou moderada, a primeira conduta é a administração de broncodilatador β2-agonista de curta duração, como o salbutamol 200 mcg via inalatória com máscara (para crianças com idade < 4 anos) e sem máscara em crianças maiores, cerca de 4 a 6 jatos, repetindo-se a cada 20 minutos na primeira hora, se necessário; pode-se associar também a prednisolona 1 a 2 mg/kg (dose máxima de 40 mg).

Nos episódios graves de sibilância, pode-se considerar a associação de broncodilatador, mais prednisolona até 2 mg/kg (até 20 mg em < 2 anos; até 30 mg entre 2 a 5 anos) e anticolinérgicos, como o brometo de ipratrópio 160 mcg por jato.

No tratamento de manutenção, o GINA propõe o uso de CI em baixas doses para: (1) crianças com padrão sugestivo de asma e com 3 ou mais episódios de sibilos; (2) crianças com diagnóstico duvidoso, mas que faz uso recorrente de broncodilatadores (ao menos a cada 6-8 semanas). Dentre as medicações mais utilizadas, estão o dipropionato de beclometasona 100 mcg/dia, budesonida 200 mcg/dia, propionato de fluticasona 100 mcg/dia.

Na ausência de controle da doença após 3 meses do início de CI em baixas doses, é importante rever: considerar outras patologias que não a asma; checar a técnica correta de administração das medicações inalatórias; confirmar a adesão terapêutica e perguntar sobre fatores de risco, como alérgenos e exposição ao tabaco. Em último caso, considera-se ajustar a dose medicamentosa.

Por fim, o encaminhamento ao especialista deve ocorrer quando a evolução da criança, apesar de todas as intervenções, apresenta uma gravidade que compromete a sua qualidade de vida.

3. A CRIANÇA COM TAQUIPNEIA SEM SIBILOS

Na criança com sinais de infecção respiratória aguda (IRA), a frequência respiratória (FR) deverá sempre ser avaliada, pois quando elevada consiste num indicador relativamente sensível para pneumonia. Na ausência de sibilância, as crianças com taquipneia podem ser

diagnosticadas com PAC. Os valores de referência para definir taquipneia na criança são os seguintes:

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (IRPM)
< 2 meses	FR ≥ 60 irpm
2 a 12 meses	FR ≥ 50 irpm
1 a 4 anos	FR ≥ 40 irpm

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica, (2016.)

Por definição, a pneumonia é uma inflamação que acomete o parênquima pulmonar. Cerca de 2 a 3% das infecções respiratórias agudas evoluem para pneumonia. Nesse contexto, a pneumonia comunitária é a decorrente da infecção por agentes oriundos da comunidade, isto é, fora do ambiente hospitalar, em uma criança previamente saudável. De acordo com o Data SUS, tal doença foi a principal causa de óbitos infantis no Brasil no ano de 2016.

São conhecidamente fatores de risco para pneumonia: crianças menores de 5 anos; prematuridade e baixo peso ao nascer; ausência de aleitamento materno nos primeiros 4 meses de vida. No cenário nacional, o principal agente etiológico relacionado a PAC na infância é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), exceto na faixa etária neonatal. Embora tenha se observado na última década que os vírus respiratórios, como VSR, adenovírus, foram muito implicados na etiologia da doença, mesmo em países em desenvolvimento. A frequência de pneumonia bacteriana está reduzindo devido à ampla implantação das vacinas conjugadas (Hib e PCV – contra *Haemophilus influenzae* tipo b e pneumocócica), contribuições significativas para redução no número de casos e mortes por pneumonia no mundo.

O agente etiológico das pneumonias comunitárias é variável, dependendo da faixa etária da criança e do perfil epidemiológico da região. Na prática clínica, a tentativa de isolamento do agente causal em culturas é incomum, sendo por muitas vezes o diagnóstico etiológico presuntivo.

FAIXA ETÁRIA	AGENTE CAUSAL
RN até 28 dias	Estreptococo do grupo B, Bacilos Gram negativos, Listeria monocytogenes; Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Gram negativos.
1 a 3 meses	Vírus, Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus.
4 meses a 5 anos	Vírus, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influnzae, Moraxella catarrhalis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae.
Acima de 5 anos	Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica, (2016).

3.1. QUADRO CLÍNICO

A pneumonia comunitária possui apresentação clínica variável a depender do agente etiológico, da idade da criança, do estado nutricional e da presença ou não de doenças de base. Na grande maioria dos casos, a PAC é precedida em poucos dias por um quadro de vias aéreas superiores. Em lactentes, deve-se suspeitar diante de quadro com início abrupto de febre alta, irritabilidade e dificuldade respiratória. Já as crianças maiores podem manifestar sintomatologia semelhante à de adultos, com instalação aguda de febre alta, tosse produtiva, dor torácica ventilatório dependente, dor abdominal e prostração. Podem ocorrer também manifestações gastrointestinais, como vômitos e diarreia.

A pneumonia estafilocócica, embora pouco frequente, merece atenção pela rápida evolução da doença e maior morbimortalidade, geralmente ocorre no primeiro ano de vida. Enquanto as pneumonias virais costumam apresentar início gradativo com cefaleia, mal-estar geral, tosse não produtiva e febre. A sibilância é mais frequentemente observada em infecções virais e por microrganismos atípicos como *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydophila pneumoniae*.

3.2. MANEJO

O diagnóstico é eminentemente clínico, sendo a anamnese e o exame físico minuciosos suficientes para firmar o diagnóstico na grande maioria dos casos. Na presença de sinais e sintomas de infecção respiratória aguda, deve-se prosseguir à avaliação da frequência respiratória (FR) em 1 minuto. Outros achados respiratórios como dispneia, aumento do desconforto respiratório com tiragens, deve-se considerar o diagnóstico de pneumonia como provável. O murmúrio vesicular pode estar diminuído na presença de derrame pleural.

A radiografia de tórax é o principal exame auxiliar no diagnóstico, não sendo recomendada de rotina em crianças elegíveis ao tratamento ambulatorial. Este exame é reservado às seguintes situações: (1) quando há dúvida diagnóstica; (2) pneumonia com sinais de gravidade; (3) falha terapêutica em 48 a 72 horas ou piora clínica progressiva. Por fim, ressalta-se que nos casos com boa resposta ao tratamento, não se faz necessário solicitar radiografia de controle.

Diante de uma criança diagnosticada com PAC, a primeira etapa do manejo clínico consiste na avaliação de sinais que indicam maior gravidade da doença. Segundo a OMS, na

presença dos sinais de alerta descritos na tabela abaixo, há a recomendação de internação da criança em unidade hospitalar, em virtude de um caso de pneumonia grave e/ou muito grave.

SINAIS DE GRAVIDADE
Tiragem subcostal
Recusa de líquidos
Batimento de asa nasal, gemência e movimento involuntários de cabeça
Cianose central
Convulsão
Rebaixamento do sensório
Vômitos incoercíveis

Fonte: elaborada pelo autor (2021).

Além desses, são também critérios para internação: idade menor que 2 meses de vida, mal condição social, achados radiológicos de gravidade e falha de terapêutica ambulatorial. Cabe então à Atenção Básica o manejo de crianças com pneumonia sem sinais de gravidade, quando apresentarem somente taquipneia.

A segunda etapa consiste no emprego de terapia antimicrobiana adequada para a faixa etária. A amoxicilina é a primeira escolha terapêutica, sendo recomendada para crianças desde os dois meses de vida aos maiores de cinco anos, na dose de 50 mg/kg/dia de 8 em 8 horas ou de 12 em 12 horas. A penicilina procaína intramuscular é uma opção à amoxicilina. Quando há suspeita de pneumonia atípica por *M. pneumoniae*, pode-se introduzir os macrolídeos, como azitromicina ou claritromicina.

No tratamento ambulatorial, é fundamental que a criança seja reavaliada em nova consulta após 48 a 72 horas do início do antimicrobiano. Se evoluir com melhora clínica, o tratamento deve ser continuado até completar sete dias. Nos casos com piora clínica e/ou que persistem com febre, deve-se investigar uma eventual falha terapêutica, em virtude de dose inadequada de antibióticos, presença de complicações; nesses casos, o mais indicado é reavaliar a internação hospitalar para iniciar antibioticoterapia venosa.

4. A CRIANÇA COM ESTRIDOR

O estridor é um som agudo produzido pelo fluxo turbulento de ar ao passar por uma região de estreitamento das vias aéreas superiores. Pode ser inspiratório, quando há obstrução na região supraglótica ou expiratório, quando a obstrução é a nível de traqueia e brônquios.

4.1. EPIGLOTITE

A epiglote é uma doença que se caracteriza pelo acometimento infeccioso e inflamatório da epiglote e estruturas supraglóticas adjacentes. O edema resultante pode levar a uma obstrução grave e potencialmente fatal.

A doença possui prevalência bem menor em relação à laringotraqueobronquite. Parte disso é devido à imunização universal contra o patógeno mais comumente associado, o *Haemophilus influenzae* do tipo b, incluído na vacina pentavalente administrada no primeiro ano de vida. Essa nova realidade diminuiu drasticamente o número de casos por epiglotite.

Nos dias hodiernos, os poucos casos da patologia correspondem principalmente às bactérias piogênicas (75%): *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*; e apenas 25% dos casos para o Hib. Antes da vacina a faixa mais prevalente era entre 2 a 5 anos, após ela, houve um aumento para 7 anos.

4.2. QUADRO CLÍNICO

O início da doença é caracteristicamente hiperagudo, em um quadro de menos de 24 horas com febre alta, toxemia, dor de garganta progressiva, disfagia intensa, estridor variável e acentuada dificuldade respiratória. As crianças costumam apresentar agitação intensa e ansiedade pelos sintomas.

A criança assume uma posição corporal de defesa típica: sentada com o tronco para frente, mãos apoiadas nos joelhos, cabeça para frente, queixo para cima e língua para fora com sialorreia. Nesta posição, a epiglote tende a se projetar anteriormente, reduzindo um pouco a obstrução e gerando um conforto maior.

O diagnóstico é confirmado pela visualização direta da epiglote ou indireta com a ajuda de um laringoscópio flexível, que estará edemaciada e vermelha. Já no que concerne ao diagnóstico etiológico, pode ser realizado por meio de cultura direta do tecido supraglótico ou por hemocultura, com positividade de até 70%, e da pesquisa de antígenos de cápsula de Hib nos fluidos corpóreos.

O sinal radiológico chamado “dedo de luva” ou “sinal do polegar” pode ser observado na radiografia cervical lateral, evidenciando dilatação da hipofaringe, aumento da epiglote e espessamento ariepiglótico.

4.3. MANEJO

A prioridade no atendimento desses pacientes é o estabelecimento de via aérea pérvia por meio da intubação traqueal precoce. Quase todas as mortes por epiglotite são por obstrução laríngea, então esse procedimento é uma medida salvadora, reduzindo a mortalidade da doença para menos de 1%. A demora em 2 a 3 horas no procedimento pode ser fatal.

Além disso, a criança só deve ser deitada no momento que houver a possibilidade desta via aérea ser assegurada. Não deve ser solicitado exames ou colhido sangue antes disso. Pode ser oferecido oxigênio enquanto o material para intubação ou traqueostomia é preparado. Acerca do procedimento, um dos maiores empecilhos é a dificuldade de sua realização, que deve ser sempre executado por um profissional experiente em intubação pediátrica.

Após a obtenção da via aérea, deve ser realizada a cultura do esfregaço supraglótico, coleta de hemoculturas e instituição da antibioticoterapia venosa. O tratamento com antimicrobianos pode ser com penicilina, oxacilina, cefalotina, cefuroxina ou cefotaxima dependendo do microorganismo identificado. O uso de corticoides ou nebulização com adrenalina, que são usados no manejo da laringotraqueobronquite, não costumam trazer benefícios para os pacientes com epiglotite.

5. LARINGOTRAQUEOBRONQUITE VIRAL AGUDA

A laringotraqueobronquite é a causa mais comum de obstrução das vias aéreas superiores na infância. Cerca de 90% dos casos de estridor apresentam esta etiologia. Ocorre com mais frequência na faixa etária de 1 a 6 anos de idade, com predomínio no sexo masculino. A etiologia viral é a mais comum, sendo os vírus parainfluenza (tipos 1, 2 e 3), influenza A e B e vírus respiratório sincicial os agentes mais frequentes.

5.1. QUADRO CLÍNICO

Na fase inicial, a doença se manifesta com rinorreia clara, tosse discreta, faringite e tosse baixa. Com a evolução, após 12 a 48 horas, observam-se os sintomas da “síndrome de crupe”: rouquidão, tosse ladrante, estridor inspiratório e desconforto respiratório.

Na maioria dos casos, os sintomas são leves e regridem em 3 a 7 dias. Mais raramente, sintomas de insuficiência respiratória grave podem estar presentes e a duração da doença

pode atingir até 14 dias. Na crupe, a hipoxemia é um achado tardio e indica internação em unidade de terapia intensiva (UTI).

Classificação de gravidade do crupe:

	0	1	2	3
Estridor	ausente	com agitação	leve em repouso	grave em repouso
Retração	ausente	leve	moderada	grave
Entrada de ar	normal	normal	diminuída	muito diminuída
Cor	normal	normal	cianótica com agitação	cianótica em repouso
Nível de consciência	normal	Agitação sob estímulo	agitação	letárgico

Escore total: < 6 = leve; 7 a 8 = moderado; > 8 = grave.
Fonte: Adaptado de Tratado de Pediatria, (2017).

O diagnóstico é clínico. A realização de radiografia cervical na busca do achado de estreitamento subglótico é dispensável, visto que nem sempre será identificado, além de também poder estar presente em crianças saudáveis.

5.2. MANEJO

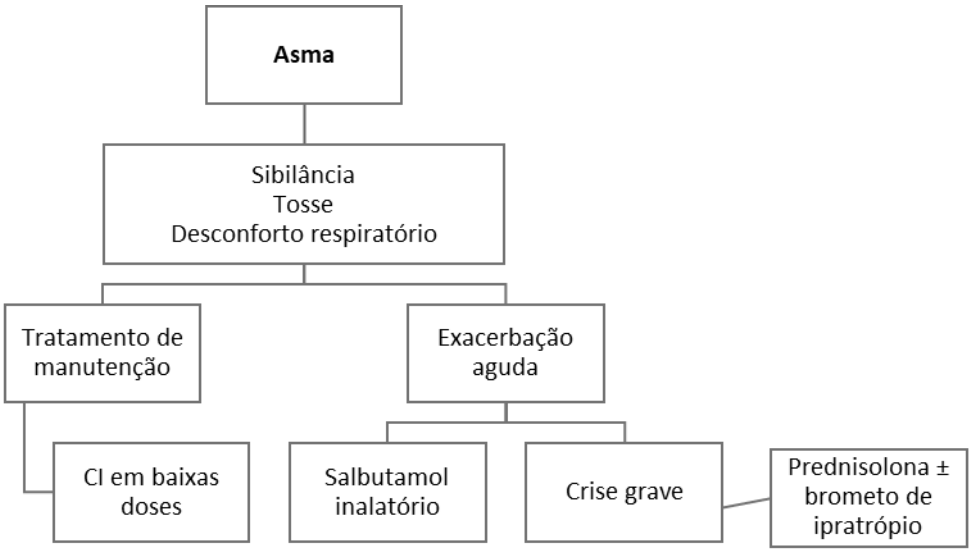
O tratamento do crupe depende do grau de gravidade dos sintomas. O crupe leve não requer internação hospitalar, devendo apenas ser administrada corticoterapia com dexametasona 0,15 a 0,3 mg/kg.

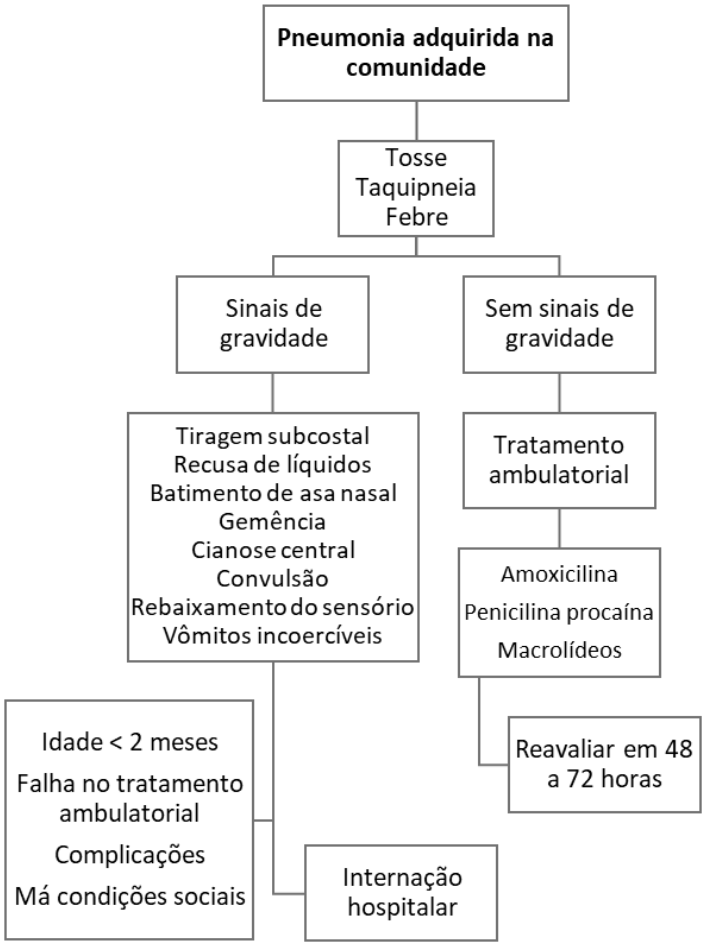
Nos casos de crupe moderado, a criança deve ficar de observação por 3 a 4 horas, realizando nebulização com l-epinefrina (0,5 mL/kg até dose máxima de 5mL de epinefrina não diluída - 1:1.000) e corticoterapia com dexametasona 0,3 a 0,6 mg/kg ou budesonida inalatória 2 mg. Após as medidas, deve ser reavaliada para a necessidade de internação hospitalar.

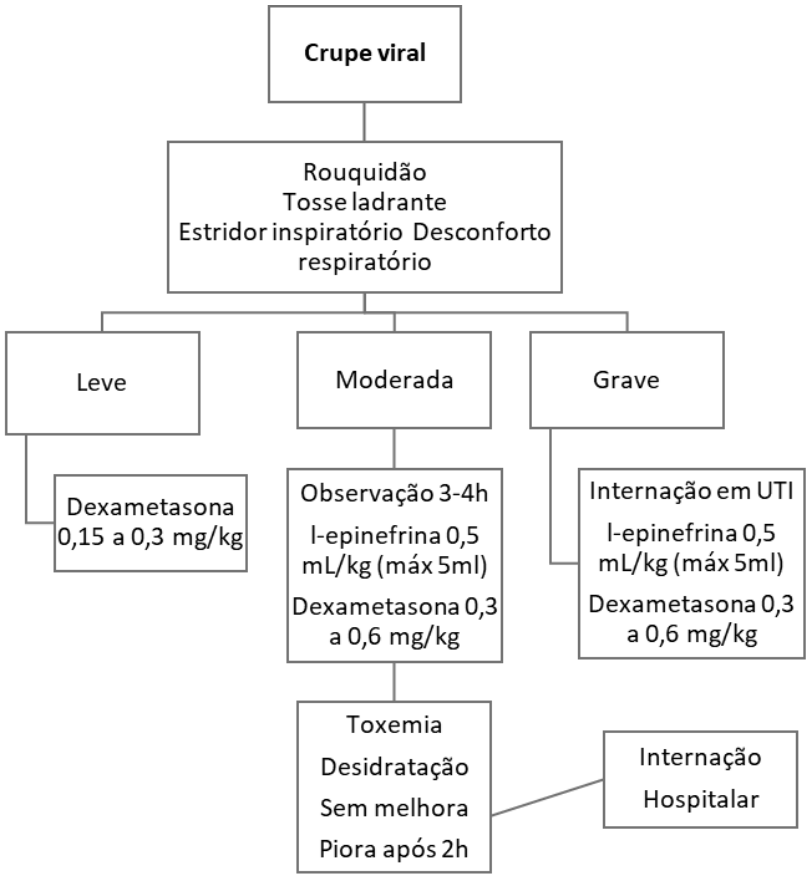
A internação está indicada nos casos de toxemia, desidratação ou incapacidade de ingerir líquidos, estridor importante e refratariedade dos sintomas à epinefrina ou piora clínica após 2 horas após sua administração.

Já nos casos de crupe grave, a admissão em UTI se faz necessária, além de medidas como nebulização com l-epinefrina e dexametasona 0,6 mg/kg intramuscular.

FLUXOGRAMAS







CASO CLÍNICO

João de 5 anos e 7 meses de idade é levado pela mãe a uma consulta ao posto de saúde (PSF) por apresentar quadro de tosse produtiva há 5 dias. Segundo a mãe, nos últimos dois dias o menino vem apresentando febre alta (não mensurada) e cansaço. Realizou todas as refeições como de costume. Criança previamente hígida, cartão de vacinas atualizado, sem comorbidades. Seu irmão mais novo está se recuperando de um resfriado (sic). Ao exame físico, apresenta-se febril (38,9ºC), acianótico, hidratado, hipocorado +/4, frequência respiratória de 43 irpm, frequência cardíaca de 100 bpm. À ausculta pulmonar, apresenta murmúrios vesiculares diminuídos, macicez à percussão e aumento da ausculta da voz na base do hemitórax esquerdo.

QUESTÕES PROPOSTAS

1) **Diante do caso clínico apresentado no capítulo, qual das afirmativas contém o patógeno mais provável para a faixa etária e quadro clínico de João?**

    a) Vírus sincicial respiratório

b) *M. pneumoniae*

c) *H. influenzae*

d) *S. aureus*

e) *S. pneumoniae*

2) Qual a conduta mais adequada para João, nesse momento?

a) Internação hospitalar para realizar toracocentese e introduzir Penicilina cristalina.

b) Internação hospitalar para iniciar antibioticoterapia endovenosa.

c) Iniciar tratamento em regime ambulatorial com amoxicilina.

d) Iniciar tratamento em regime ambulatorial com azitromicina.

e) Internação hospitalar para realização de esfregaço nasal para antígenos virais e introduzir oseltamivir.

3) Ainda sobre a doença em questão, assinale a(s) alternativa(s) contendo uma situação clínica com critérios formais para internação hospitalar:

a) Criança de 4 anos, apresentando tosse produtiva, cansaço e dor no peito há 4 dias. Mãe relata que filho iniciou esquema antibiótico há 2 dias, mas na última noite teve febre, mensurada de 38ºC.

b) Criança que evolui com melhora da tosse, cansaço e febre, após 48 horas do início de antibioticoterapia.

c) Criança de 3 anos de idade, previamente higída, apresenta tosse e febre (38,5ºC) há 1 dia, FR: 35 irpm, sem sinais de esforço respiratório ao exame.

d) Lactente de 4 meses, apresenta febre alta (39ºC) há 1 dia, FR: 55 irpm, sem tiragem subcostal ao exame.

e) Criança de 2 anos de idade, sem comorbidades, apresentava quadro de tosse, febre, falta de apetite há 5 dias. Iniciou esquema antibiótico há 72 horas, com remissão da febre.

Gabarito: 01:E, 02:C, 03:A

REFERÊNCIAS

KLIEGMAN, R. M. Nelson Textbook of Pediatrics, 21 ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2019. V. 2.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

PIZZICHINI, Marcia Margaret Menezes et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: [s.n.], 2020. V. 46, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132020000100400&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24.03.2021.

NASCIMENTO-CARVALHO, Cristiana M. Community-acquired pneumonia among

children: the latest evidence for an updated management. Porto Alegre: [s.n.], 2020. p. 29-38. v. 96, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572020000700029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24.03.2021.

Diretrizes Brasileiras em Pneumonia Adquirida na Comunidade em Pediatria. J Bras Pneumol. [S.L.], [s.n.], 2007.

CAPÍTULO VI

PRINCIPAIS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NA CRIANÇA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-6

Autor(a): Manoel Vieira do Nascimento Junior
Coautores: Letícia Benevides Cavalcante Soares
Samuel da Costa Fernandes
Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Orientador(a): Sofia Goersch Andrade Aragão

1. INTRODUÇÃO

As doenças exantemáticas são patologias infecciosas que apresentam a erupção cutânea como característica dominante, embora também apresentem manifestações sistêmicas. As diferentes possibilidades etiológicas e o polimorfismo de sua apresentação, frequentemente impõem dificuldade diagnóstica. O exantema é uma erupção cutânea avermelhada que pode se manifestar por máculas, pápulas, bolhas ou crostas. As lesões também podem ser em alto-relevo, apresentar bordas irregulares, descamação e prurido. A etiologia é bastante ampla, podendo ser de causas infecciosas, como vírus ou bactérias, ou associados a doenças reumatológicas. As características da lesão, associada ao quadro clínico e a epidemiologia, podem auxiliar no diagnóstico etiológico, sem a necessidade de exames laboratoriais complementares.

2. SARAMPO

2.1. DEFINIÇÃO

É uma doença exantemática febril, infecciosa e altamente contagiosa, causada por um RNA vírus. A transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções das vias aéreas e aerossóis expelidos ao falar, tossir, espirrar ou respirar. O tempo entre a exposição e o aparecimento dos primeiros sintomas dura em média 10 dias, variando entre 7 a 18 dias.

2.2. QUADRO CLÍNICO

A evolução clínica do Sarampo caracteriza-se por três períodos bem definidos (tabela 1). O período prodrômico, demarca o início da doença, com sintomas inespecíficos e o aparecimento do sinal de Koplik (foto 1), um enantema fugaz, localizado no revestimento interno das bochechas, na altura dos dentes molares, caracterizado por pequenas manchas brancas com halo avermelhado, de cerca de 1 mm de diâmetro, consideradas sinal patognomônico. Em seguida, a doença atinge seu auge, com piora dos sintomas iniciais e surgimento do exantema maculopapular morbiliforme, de início atrás das orelhas, com evolução para tronco e extremidades (foto 2), configurando o período exantemático. Por último, ocorre a diminuição dos sintomas e o declínio da febre. O exantema começa a esmaecer em torno do 3° ou 4° dia, torna-se escurecido e, em alguns casos, surge descamação fina, "lembrando farinha", caracterizando o período de convalescença ou de descamação furfurácea.

Tabela 1 - Fases de evolução da doença

Período Prodrômico	Período Exantemático	Período de convalescência
▪ Duração média de 6 dias; ▪ Sintomas inespecíficos: febre alta, mal-estar, tosse (inicialmente seca, ficando produtiva e intensa), coriza, conjuntivite e fotofobia; ▪ Enantema ▪ Vômitos, dor abdominal e diarreia. ▪ Sinal de Koplik.	▪ Duração média de 3 dias; ▪ Piora dos sintomas; ▪ Exantema maculopapular morbiliforme com distribuição craniocaudal; ▪ Toxemia; ▪ Complicações sistêmicas: infecções respiratórias, otite, doenças diarreicas e neurológicas.	▪ Diminuição dos sintomas; ▪ Declínio da febre; ▪ Desaparecimento do exantema; ▪ Descamação fufurácea.

Fonte: Elaborada pelos autores (2021)

2.3. CONDUTA:

O diagnóstico laboratorial é feito utilizando-se a técnica de ensaio imunoenzimático (ELISA), com sorologia para detecção de anticorpos IgM específicos e soroconversão ou aumento de anticorpos IgG. O isolamento do vírus do sarampo pode ser realizado através da RT-PCR em amostras de urina, sangue, secreção de oro/nasofaringe.

Não existe tratamento específico para o sarampo. A administração da Vitamina A (palmitato de retinol) é recomendada a fim de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade e prevenir complicações. Deve ser administrada em duas doses, imediatamente ao diagnóstico

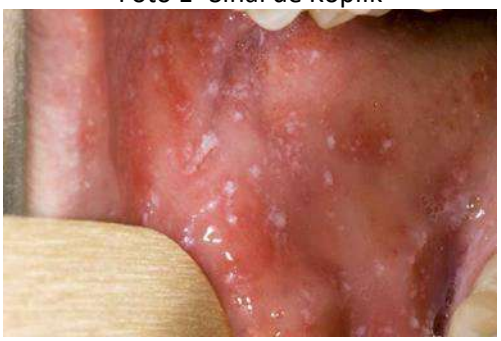
e repetida no dia seguinte. Somado a isso, deve-se incluir: oferta abundante de líquidos, hidratação venosa, se necessário; antitérmicos e analgésicos para o controle da febre e mialgia; soro fisiológico para limpeza ocular. Os antibióticos só devem ser prescritos em casos com infecções secundárias como, por exemplo, otite média, pneumonias e conjuntivites bacterianas. A vacina é a única forma de prevenção do sarampo (tabela 2).

Tabela 2 - Esquema vacinal contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela.

Tríplice viral- SCR (Sarampo, caxumba e rubéola)	Aos 12 meses de idade
Tetra viral- SCRV (sarampo, caxumba, rubéola e varicela)	Aos 15 meses de idade

Fonte: Elaborada pelos autores (2021)

Foto 1- Sinal de Koplik



Disponível em: https://www.fetalmed.net/surto-de-sarampo-que-as-gestantes-e-tentantes-precisam-saber/manchas-de-koplik/, acessado em 10 de abril de 2021.

Foto 2 - Exantema característico do sarampo

Disponível em: https://www.biologianet.com/doencas/sarampo.htm, acessado em 10 de abril de 2021.

3. RUBÉOLA

3.1. DEFINIÇÃO:

Doença exantemática causada por um RNA vírus (*Rubivirus*). A transmissão se dar pelo contato com secreções nasofaríngeas, de maneira direta ou por meio de gotículas emitidas de pessoas infectadas (perdigotos). O período de incubação pode variar de 12 a 23 dias.

3.2. QUADRO CLÍNICO:

As principais características na criança são exantema, febre baixa e linfadenopatia. A erupção cutânea é semelhante à do sarampo, maculopapular e puntiforme difuso (foto 6.3), com início na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para o tronco e membros, com duração média de 3 dias e desaparece sem descamar. Em alguns casos, observam-se, no palato mole e amigdalas, lesões petequiais, conhecidas como sinal de Forchheimer (foto 4), podendo ser encontrado também em outras patologias. Outro achado marcante é a adenomegalia, que mais comumente acomete os gânglios suboccipitais, retroauriculares e cervicais posteriores, mas pode ser generalizada e em geral persiste por 5 a 8 dias. Nas crianças, o exantema é geralmente a primeira manifestação clínica, mas, em adolescentes e adultos, pode haver sinais e sintomas prodrômicos 1 a 5 dias antes do aparecimento do exantema, com febre baixa, mal-estar, artrite, cefaleia, anorexia, conjuntivite leve, coriza, dor de garganta, tosse e linfoadenomegalia. Em gestantes, a infecção por rubéola está relacionada ao risco de abortos, natimortos e à síndrome da rubéola congênita.

3.3. CONDUTA:

O diagnóstico clínico não é acurado, necessitando de exames laboratoriais para a sua comprovação. O diagnóstico laboratorial é realizado por meio de sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG (ELISA). O vírus pode ser isolado em secreções nasofaríngeas, urina, sangue, líquor e tecidos do corpo, cuja finalidade é conhecer o padrão genético e diferenciar casos autóctones e casos importados.

Não existe tratamento específico, apenas o uso de medicações sintomáticas, como antitérmicos e analgésicos, quando necessários. A vacina é a única forma eficaz de prevenção (tabela 2).

Foto 3 - Exantema eritematoso maculopapular da rubéola.

Disponível em: https://www.ohmymag.com.br/gravidez/rubeola-infantil-sintomas-vacina-e-tratamento-tudo-que-voce-precisa-saber-sobre-a-doenca_art5755.html.

Foto 4 – Sinal de Forchheimer

Disponível em: http://pediatriaemfoco.blogspot.com/2012/02/semiologia-pediatrica-sinais-clinicos_28.html, acessado em 10 de abril de 2021.

4. VARICELA (CATAPORA)

4.1. DEFINIÇÃO:

Doença infecciosa aguda, muito comum na infância, causada pelo Vírus Varicela-Zoster, que se manifesta como um exantema multiforme. Após a primo-infecção, o vírus permanece em estado de latência, sobretudo nos neurônios dos gânglios sensoriais, e pode ser reativado em situações de imunodepressão. A transmissão ocorre por meio de secreções respiratórias, aerossóis ou pelo líquido das lesões cutâneas, tanto na disseminação pelo ar como por contato direto e, raramente, através de contato com lesões de pele. Pode ser transmitida, indiretamente, por meio de objetos contaminados com secreções de vesículas ou pelas mucosas de pacientes infectados. O período de incubação ocorre de 10 a 21 dias após o contato, tende a ser mais curto em pacientes imunodeprimidos e mais longo após imunização passiva.

4.2. QUADRO CLÍNICO:

A doença pode iniciar com manifestações discretas como febre baixa, cefaleia, anorexia, vômitos, com estado geral do paciente bem conservado, podendo durar até 3 dias. Associado ao quadro surgem erupções cutâneas pápulo-vesiculares, inicialmente na face, couro cabeludo ou tronco, com distribuição centrípeta (foto 5).

A lesão da varicela caracteriza-se por ser pruriginosa e de evolução rápida. Inicia-se como máculas papulares eritematosas e pruriginosas, evoluindo para vesículas claras repletas de líquido. Em cerca de 24 a 48 horas começam a turvação e a umbilicação das lesões, as quais, posteriormente, evoluem para crostas. A presença simultânea de lesões em vários estágios de evolução é característica da varicela. As crostas se desprendem, sem deixar cicatrizes, 4 a 6 dias depois.

4.3. CONDUTA:

O exame clínico associado às características epidemiológicas é suficiente para fechar o diagnóstico, geralmente não necessitando de testes laboratoriais. Para a grande maioria das pessoas, a doença não requer tratamento específico, devendo ser usado apenas sintomáticos. Pode-se administrar antitérmico, analgésico não salicilato e anti-histamínico em casos de prurido intenso. É fundamental orientar sobre a correta higienização da pele e das unhas para evitar infecções secundárias. Nesses casos, recomenda-se o uso de antibióticos, em especial para combater estreptococos do grupo A e estafilococos. O tratamento específico da varicela só é recomendado para pessoas com imunossupressão ou risco de agravamento e é feito por meio da administração do antiviral aciclovir. A principal forma de prevenção é a vacina antivaricela, cuja aplicação está indicada a partir dos 12 meses de idade.

Foto 5 - Varicela: observe as lesões em vários estágios de evolução (máculas, pápulas, vesículas e crostas) ao mesmo tempo.

Disponível em: http://stacasameneghello.blogspot.com/2015/09/catapora-varicela-zoster.html, acessado em 10 de abril de 2021.

5. EXANTEMA SÚBITO (ROSÉOLA INFANTIL)

5.1. DEFINIÇÃO:

A Roséola infantil é causada por uma infecção primária pelo Herpes Vírus Humano 6 (HHV-6), o qual possui duas variantes: A e B, sendo a variante B a principal responsável pela Roséola, o HHV-6A ainda não tem sido associada a qualquer doença.

Esta doença, pode se manifestar em crianças de 6 meses a 6 anos de idade, com 90% dos casos ocorrendo em crianças menores de dois anos. O vírus é comumente encontrado nas glândulas salivares, de modo que a saliva constitui a fonte de infecção mais provável. O período de incubação dura em torno de 10 dias e a criança pode transmitir o vírus durante toda a doença.

5.2. QUADRO CLÍNICO:

Caracteriza-se por um quadro de febre alta e persistente, sendo considerada uma causa comum de convulsão febril. A criança costuma ficar bastante irritada e anoréxica, mas sem toxemia. O surgimento do exantema se dar logo após a defervescência da febre. A erupção cutânea é maculopapular morbiliforme, não pruriginosa (foto 6). Acomete preferencialmente tronco, face e região cervical, persistindo por 24 a 48 horas e desaparece sem deixar descamação. Outro sintoma que pode estar associado à febre é a hiperemia de orofaringe, por vezes acompanhada de pápulas eritematosas em palato mole, base da úvula e tonsilas ou, ainda, lesões exsudativas nas tonsilas, as quais são chamadas de Manchas *Nagayama (foto 7)*. Tosse, coriza, edema palpebral, abaulamento de fontanela, adenomegalia cervical, hiperemia e abaulamento de membrana timpânica também podem ser observados.

5.3. CONDUTA:

Os sintomas geralmente são brandos e autolimitados, não sendo necessário realização de exames laboratoriais para o diagnóstico. Não há tratamento específico, sendo feito somente medidas de suporte e sintomáticos (antitérmicos para controle da febre e estimulo a ingestão de líquidos).

Foto 6- Exantema súbito

Disponível em: https://maemequer.sapo.pt/desenvolvimento-infantil/saude-infantil/dicionario-da-saude-do-bebe/exantema-subito-febre-dos-3-dias/, acessado em 10 de abril de 2021.

Foto 7- Manchas Nagayama

Disponível em: https://docplayer.com.br/77869116-Doencas-exantematicas-da-infancia.html, acessado em 10 de abril de 2021.

6. ERITEMA INFECCIOSO

6.1. DEFINIÇÃO:

A doença é causada pelo Parvovírus Humano B19, que apresenta tropismo pelas células precursoras dos eritrócitos, os eritroblastos. O vírus é transmitido por via respiratória, transfusão de sangue contaminado ou via transplacentária. Seu período de incubação dura entre 1 a 2 semanas.

6.2. QUADRO CLÍNICO:

A manifestação clínica mais frequente é o exantema, o qual pode ser precedido por pródromos como febre baixa, cefaleia, rinorreia e obstrução nasal, assemelhando-se a uma infecção viral simples de vias aéreas superiores. O que diferencia essa doença das demais é a evolução do exantema, que se dar em três fases (tabela 3), quase sempre acompanhado de prurido e acometendo principalmente as áreas extensoras. Em crianças com anemia hemolítica crônica, a doença pode evoluir com crise aplástica transitória.

Tabela 3 - Fases de evolução do eritema infeccioso

1° estágio	▪ Exantema em região malar, com um aspecto de "face esbofeteada" e palidez perioral (foto 8).
2° estágio	▪ 1 a 3 dias depois, há o aparecimento de eritema maculopapular no tronco e extremidades, inicialmente em sua face extensora e, mais tarde, na flexora, poupando as regiões palmares e plantares. ▪ Com a evolução, observa-se um aumento e clareamento central das lesões, dando à lesão um padrão reticular "em renda". ▪ As lesões desaparecem sem descamar.
3° estágio	▪ O exantema evanesce e recrudesce periodicamente, influenciado por fatores ambientais como luz e calor, durante 2 a 3 semanas.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

6.3. CONDUTA:

O diagnóstico pode ser realizado através da identificação do DNA viral utilizando a técnica de PCR ou testes sorológicos para a identificação de anticorpos IgM, o qual permanece elevado por seis a oito semanas. A grande maioria dos pacientes não necessita de nenhum tipo específico de tratamento. Em pacientes com imunodepressão e falência medular pode estar indicado o emprego de imunoglobulina intravenosa. Os casos que evoluem para anemia aplástica, com redução importante dos índices hematimétricos, a transfusão de hemoderivados pode ser necessária.

Foto 8: Eritema infeccioso – "face esbofeteada".

Disponível em: https://medicoresponde.com.br/eritema-infeccioso-e-contagioso/, acessado em 10 de abril de 2021.

7. ENTEROVIROSES (NÃO PÓLIO)

7.1. DEFINIÇÃO

São doenças causadas por enterovírus (coxsakievírus A, B e Echovirus), cujo sítio primário de invasão, replicação e eliminação é o intestino. A forma de transmissão predominante é a direta, via fecal-oral, podendo ocorrer também por via respiratória, vertical (pré-natal e periparto) e através de fômites (objetos contaminados). Durante o verão, as piscinas também podem constituir um foco de disseminação de enterovírus na comunidade. O período de incubação, situa-se comumente, entre 3 e 6 dias. Após penetrar no organismo, o vírus pode se disseminar, inicialmente para os órgãos do sistema reticuloendotelial (fígado, baço, medula óssea e linfonodos distantes). Dependendo da resposta imune do hospedeiro, o vírus poderá continuar se propagando até alcançar outros órgãos-alvo como SNC, coração e pele.

7.2. QUADRO CLÍNICO

Os enterovírus são causa frequente de exantema, que podem se apresentar de várias formas (maculopapular, vesicular, petequial ou urticariforme). As principais manifestações clínicas são apresentadas na tabela 4. Os pacientes também podem desenvolver manifestações respiratórias, neurológicas e miocardite.

Tabela 4 - Principais manifestações clínicas das enterovirores.

Doença Mão-pé-boca (foto 10)	▪ Febre baixa, dor de garganta e perda do apetite; ▪ Lesões vesiculares em lábios, língua, bochechas, gengivas, faringe posterior e amígdalas que costumam ulcerar; ▪ Exantema maculopapular ou vesicular em mãos, pés e nádegas.
Herpangina (foto 11)	▪ Febre alta (até 41°C), dor de garganta, disfagia em graus de intensidade variáveis, anorexia, vômitos e dor abdominal; ▪ Lesões de orofaringe (parte posterior da faringe, palato, úvula e tonsilas) papulovesiculares, branco-acinzentadas, com 1 a 2 mm de diâmetro e delimitadas por um halo hiperêmico.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

7.3. CONDUTA

As síndromes clínicas típicas como a doença mão-pé-boca e herpangina são de fácil diagnóstico clínico. Nos quadros menos típicos, exames complementares podem ser solicitados, como leucograma, sorologias específicas e PCR. Não existe tratamento específico, nem vacinas para as enteroviroses, devendo restringir-se a medidas visando o alívio dos sintomas.

Foto 9 - Lesões da doença mão-pé-boca.

Fonte: CRISTOVAM, et al. 2014.

Foto 10- Herpangina.

Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/enterov%C3%ADrus/herpangina, acessado em 10 de abril de 2021.

8. SÍNDROME DA MONONUCLEOSE INFECCIOSA

8.1. DEFINIÇÃO

É considerada uma síndrome, em que o Vírus Epstein-Barr (EBV) é o principal agente etiológico. A via de transmissão mais frequente é a saliva. Em crianças pequenas, o compartilhamento de brinquedos é um mecanismo de transmissão bastante comum. O período de incubação é de 30 a 50 dias, podendo ser mais curto em crianças menores.

8.2. QUADRO CLÍNICO

Nos pacientes sintomáticos, as principais manifestações são: febre prolongada (>1 semana), cansaço, mal-estar, fadiga, cefaleia, náuseas, dor abdominal, mialgia, odinofagia e edema palpebral (sinal de Hoagland). Na evolução do quadro clínico, o paciente costuma apresentar erupção cutânea, podendo ser de qualquer característica (macular, petequial,

escarlatiniforme, urticariforme, eritema multiforme), sendo mais evidentes após uso de antibióticos como ampicilina ou amoxicilina. Ao exame físico os pacientes podem apresentar linfadenopatia generalizada, esplenomegalia e hepatomegalia. Algumas complicações podem ocorrer como, por exemplo, obstrução de vias áreas por edema tonsilar, anemia hemolítica, ruptura esplênica e complicações neurológicas (Ex.: cefaleia, convulsões e ataxia).

8.3. CONDUTA

O diagnóstico é realizado através do quadro clínico e exames laboratoriais. No hemograma, a presença de leucocitose com predomínio de linfócitos atípicos é um achado bem comum. Métodos sorológicos podem ser solicitados para a pesquisa de anticorpos heterófilos e Anticorpos Específicos Anti-EBV. Na maioria dos pacientes, recomenda-se apenas o tratamento sintomático. Pode-se utilizar antitérmicos e analgésicos para controle da febre e da odinofagia. O uso de corticosteroides pode ser indicado em casos de mononucleose infecciosa complicados com obstrução de vias áreas (pela hipertrofia tonsilar), trombocitopenia grave ou anemia hemolítica. Recomenda-se prednisona (1 mg/kg/dia) por via oral por sete dias, com redução progressiva por mais uma semana.

9. ESCARLATINA

9.1. DEFINIÇÃO

É uma doença infectocontagiosa aguda, causada pela bactéria *Streptococcus pyogenes*, um estreptococo beta hemolítico do grupo A responsável pela produção de uma toxina eritrogênica. É a doença exantemática mais encontrada em pré-escolares e escolares, na faixa etária de 3 a 15 anos, frequentemente associada à faringoamigdalite. A transmissão ocorre através do contato com secreções respiratórias e o período de incubação é de 2 a 5 dias.

9.2. QUADRO CLÍNICO

Pode ocorrer concomitante ou após faringoamigdalite membranosa, associado a febre alta, mal-estar, exantema eritematoso e micropapular (pele áspera- “em lixa”) (foto 12), palidez perioral (Sinal de Filatov), linhas marcadas nas dobras de flexão (Sinal de Pastia) e língua em framboesa (foto 11), com evolução para descamação extensa em mãos e pés (em dedos de luva) após uma semana (foto 13).

9.3. CONDUTA

O diagnóstico é clínico e nos casos duvidosos pode ser realizado o teste rápido (aglutinação de Látex) em secreção colhida de orofaringe. O tratamento é feito com antibióticos, sendo a Penicilina o antibiótico de escolha, que deverá ser mantida por 10 dias mesmo com a melhora clínica. Os esquemas possíveis são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Esquemas possíveis de Penicilina no tratamento da Escarlatina

Penicilina G benzatina	▪ Crianças com <25 Kg: 600.000 UI IM em dose única ▪ Crianças com > 25 Kg: 1.200.000 UI IM em dose única
Amoxicilina	▪ 50 mg/kg/dia, VO 12/12h por dez dias;
Alérgicos à penicilina	▪ Eritromicina 40 mg/kg/dia VO por dez dias, ou ▪ Claritromicina 15 mg/kg/dia VO 12/12h por dez dias, ou ▪ Azitromicina 10 mg/kg/dia VO 1x/dia por cinco dias;

Fonte: Elaborado pelos autores

Foto 11 - Escarlatina - sinal do Filatov, língua em framboesa e sinal de Pastia respectivamente.

Disponível em: https://www.sanarmed.com/as-doencas-exantematicas-diagnostico-e-tratamento, acessado em 10 de abril de 2021

Foto 12 - Escarlatina- rash micropapular eritematoso

Disponível em: https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/escarlatina/, acessado em 10 de abril de 2021.

Foto 13 - Escarlatina- descamação palmar

Disponível em: https://gvozdec.ru/pt/vsd/chem-opasna-skarlatina-dlya-vzroslyh-kak-proishodit-zarazhenie.html, acessado em 10 de abril de 2021.

10. DOENÇA DE KAWASAKI

10.1. DEFINIÇÃO:

É também conhecida como síndrome linfomucocutânea. É uma vasculite sistêmica, aguda e febril de etiologia desconhecida, autolimitada, provavelmente desencadeada por algum agente infeccioso, em indivíduos geneticamente susceptíveis. Afeta predominantemente crianças abaixo dos cinco anos de idade.

10.2. QUADRO CLÍNICO

Caracteriza- se por uma "inflamação" vascular generalizada, que acomete preferencialmente os vasos de médio calibre, principalmente as artérias coronárias podendo desenvolver dilatação aneurismática, trombose e estenose, com quadros de infarto e morte súbita.

10.3. CONDUTA

O diagnóstico é eminentemente clínico, pela combinação de achados da história, exame físico e laboratório. A American Heart Association estabeleceu critérios clínicos para facilitar o diagnóstico (tabela 6). Os exames laboratoriais revelam leucocitose com neutrofilia, trombocitose (na fase subaguda), aumento dos marcadores inflamatórios (PCR e VHS), hiponatremia, hipoalbuminemia, enzimas hepáticas séricas elevadas e piúria estéril.

Tabela 6 - Critérios diagnósticos da doença de Kawasaki segundo a American Heart Association.

Presença de febre ≥ 5 dias + 4 critérios clínicos:
1. Lábios e/ou mucosas com eritema, xerostomia, fissuras e/ou língua em framboesa.
2. Palmas e plantas com eritema e edema endurado e/ou descamação periungueal na fase subaguda.
3. Adenopatia cervical ≥ 1,5 cm, em geral unilateral.
4. Conjuntivite bilateral não exsudativa.
5. Rash maculopapular eritematoso, eritrodermia ou eritema multiforme-like.

Fonte: Adaptado de MCCRINDLE et al, 2017.

O tratamento na fase aguda visa reduzir a resposta inflamatória na parede da artéria coronária e prevenir a vasculite com suas consequências (trombose e aneurisma), enquanto a terapêutica nas fases subaguda e de convalescença objetiva prevenir a isquemia miocárdica e o infarto (tabela 7).

Tabela 7 - Tratamento da Doença de Kawasaki

Fase aguda	▪ Imunoglobulina (2 g/kg de peso em dose única, em infusão contínua por 12 horas); ▪ AAS/aspirina (100 mg/kg/dia, mantida por 6 semanas).
Fase subaguda/ crônica	▪ Todo paciente com aneurisma = AAS ▪ Aneurismas de tamanho médio = AAS + clopidogrel ▪ Aneurismas gigantes = AAS + varfarina (ou enoxaparina)

Fonte: Adaptado de MCCRINDLE et al, 2017.

11. CASO CLÍNICO

Criança de 9 meses, foi trazida a Unidade Básica de Saúde apresentando febre (não aferida), hiperemia conjuntival bilateral com fotofobia, rinorreia e tosse há 5 dias. Genitora também relata o aparecimento de "vermelhidão com bolinhas" (sic), que iniciaram na região retroauricular e cervical e evoluiu para o dorso e extremidades. Ao exame físico apresentava-se com estado geral comprometido, irritada e chorosa, com temperatura axilar de 39ºC. Na orofaringe, na parede interna das bochechas e na altura dos pré-molares, apresentava pontos esbranquiçados sobre uma superfície hiperemiada. Observou-se também, a presença de exantema maculopapular morbiliforme generalizado.

Em relação a esse caso, resolva as questões a seguir:

1) Qual a principal hipótese diagnóstica?

a) Rubéola
b) Sarampo
c) Escarlatina
d) Doença de Kawasaki
e) Exantema súbito

2) Qual o nome do achado semiológico caracterizado por pontos esbranquiçados sobre uma superfície hiperemiada na parede interna das bochechas e na altura dos pré-molares, sendo considerado patognomônico dessa doença?

a) Sinal de Filavot
b) Sinal de Pastia
c) Sinal de Koplik
d) Manchas *Nagayama*
e) Sinal de Forchheimer

3) Nesse caso, como o médico da unidade deveria proceder para manejar essa doença?

a) Deve-se prescrever antitérmicos e antibioticoterapia profilática.

b) A oferta abundante de líquidos é suficiente para recuperação do paciente, sem necessidade de medidas adicionais.

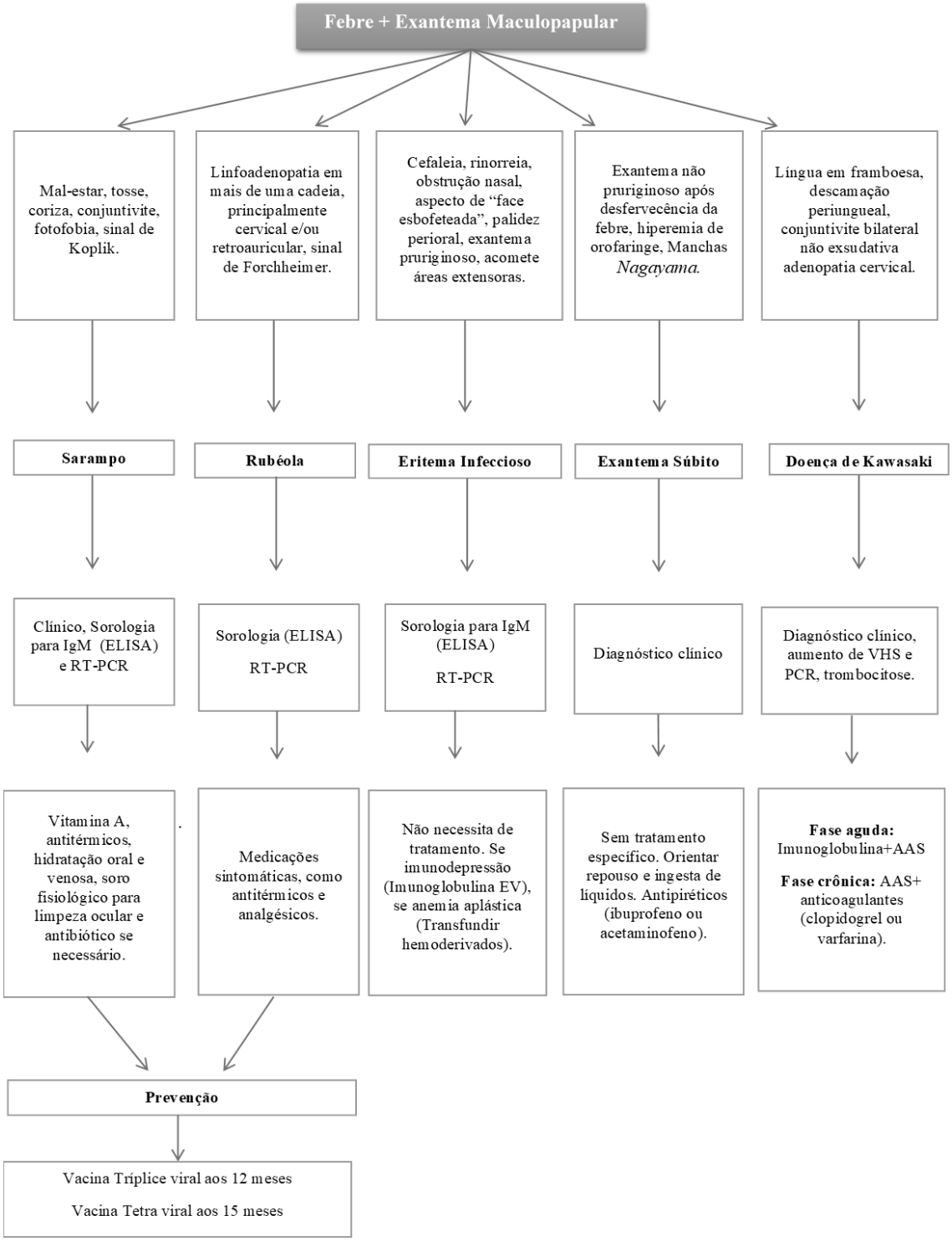
c) A administração de vitamina A mostrou efeito protetor por reduzir as taxas de morbidade e mortalidade.

d) Por se tratar de uma doença autolimitada, não há necessidade de nenhum tipo de tratamento.

e) Deve-se prescrever sintomáticos e vitamina C, orientar medidas de higiene, aumento de ingesta de líquidos.

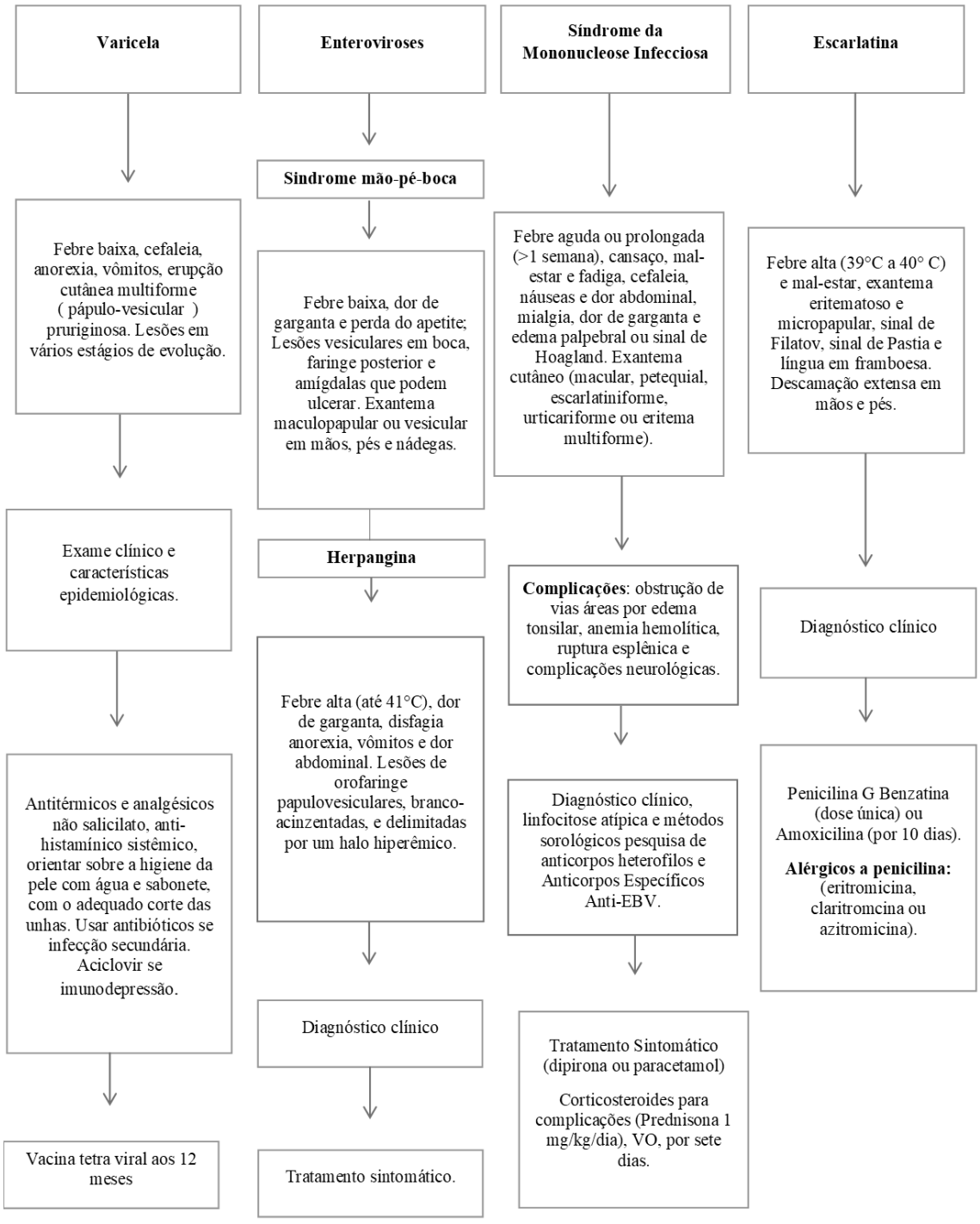
(Gabarito: 1B; 2C; 3C).

FLUXOGRAMA - DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NA INFÂNCIA



Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

FLUXOGRAMA- OUTRAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NA INFÂNCIA



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

REFERÊNCIAS:

BEREZIN, E. N; FELDMAN, C. Varicela-zóster. In: Veronesi-focaccia. Tratado de Infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 20, p. 723-733.

BRASIL, Ministério de Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 3. ed., 2019. Volume único

CASTRO, P. A; URBANO, L. M. F; COSTA, I. M. C. Doença de Kawasaki. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro: [s.n.], 2009. p. 317-329, v. 84, n. 4.

CRISTOVAM, M. A. S; OSAKU, N. O; GABRIEL, G. F. C. P; PIRES, T. G.; RODRIGUES, S. P. S. G. Síndrome Mão-pé-boca: relato de caso. Revista do Médico Residente. Curitiba: [s.n.], 2014. p. 42. v. 16, n. 1.

LOWTH, Mary. Infectious diseases in children roseola infantum. Practice Nurse. London: [s.n.], 2013. p. 40-42. v. 43, n. 8.

MARQUES, H. H. S; SAKANE, P. T. Viroses Exantemáticas. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 4. Ed. Barueri, SP: Manole, 2017.cap. 14, p. 985-993.

MCCRINDLE, B. W et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association. Circulation. [S.I.]: [s.n], 2017. p.927- 999. v. 135, n. 17.

MORAES, M. M et al. Trajetória da rubéola no Estado do Pará: Brasil: rumo à erradicação. Rev Pan-Amaz Saúde. Ananindeua: [s.n.], 2015. p. 11-20. v. 6, n. 1.

MULLINS T. B, KRISHNAMURTHY, K. Roseola Infantum (Exanthema Subitum, Sixth Disease) [Updated 2019 Nov 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448190/.

NEELY, G; CABRERA, R; HOJMAN, L. Parvovirus B19: Un virus ADN asociado a múltiples manifestaciones cutáneas. Revista chilena de infectologia. Santiago: [s.n.], 2018. p. 518-530. v. 35, n. 5.

PEREZ-ELIZONDO, A. D; PEREZ-CAMPOS, E; GARCIA-HERNANDEZ, J. F. Eritema infeccioso: un exantema infantil a considerar en la práctica diaria. Rev. argent. dermatol. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: [s.n.], 2013. v. 94, n. 1.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualização sobre sarampo. Departamentos Científicos de Infectologia e Imunizações Nº 5, julho de 2018.

XAVIER, A. R. et al. Diagnóstico clínico, laboratorial e profilático do sarampo no Brasil. J. Bras. Patol. Med. Lab. Rio de Janeiro: [s.n], 2019. p. 390-401.

UNIDADE II

CAPÍTULO VII

VULVOVAGINITES

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-7

Autor(a): Letícia Freitas de Mesquita
Coautores: Gefferson Dias Teixeira
Isabela de Paula Nóbrega
Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Orientador(a): José Juvenal Linhares

1. INTRODUÇÃO

As vulvovaginites são processos inflamatórios que envolvem o trato genital inferior (vulva e as paredes vaginais) que são comumente chamadas apenas de “corrimento vaginal”, devido esse ser o principal sintoma. Elas englobam inúmeros de processos infecciosos e não infecciosos, sendo os mais comuns por ordem de frequência: vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase, sendo a última a única IST. É importante destacar que que o corrimento vaginal, na maioria das vezes pode ser fisiológico, estando apenas em uma quantidade aumentada, ocorrendo, principalmente, devido ao clima e vestuário inadequado, configurando a mucorreia.

A queixa de corrimento vaginal corresponde a cerca de 40% das consultas ginecológicas na Atenção Primária, sendo, portanto, fundamental que o médico generalista saiba conduzir corretamente. Esse grupo de doenças facilita a infecção pelo HIV, além dessas pacientes terem uma maior probabilidade de história de DIP, comorbidade com alta morbidade, principalmente a infertilidade.

Os sintomas mais comuns são: corrimento vaginal, odor desagradável, prurido, sensação de queimação, disúria e dispareunia. Uma boa anamnese abordando o aspecto do corrimento vaginal e os sintomas associados são de extrema importância para conseguir realizar o diagnóstico diferencial entre as vulvovaginites.

2. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

A maioria das vulvovaginites podem ser diagnosticadas apenas com anamnese e exame físico, porém há alguns exames complementares que podem auxiliar nessa diferenciação, que são:

i. Medida do pH vaginal

É o mais simples e, por isso, o mais utilizado. Pode ser realizado por meio de fitas medidoras do pH. A amostra deve ser coletada do terço médio para distal do canal vaginal, sendo necessário, contudo, evitar o contato com o muco cervical (colo do útero), pois ele apresenta um pH alcalino (o normal da mulher é apresentar um pH vaginal entre 3,8 e 4,5 para estabilização do ecossistema genital).

ii. Exame a fresco

É a realização da microscopia direta por meio de amostra de conteúdo vaginal. Realiza-se a busca por leveduras, pseudo-hifas*, trichomonas sp*. e clue cells. Importante destacar que a visualização de pseudo-hifas e leveduras ocorre quando se adiciona uma gota de KOH a 10% à amostra vaginal.

iii. Teste de aminas (whiff test)

Realiza-se a adição de uma gota de KOH a 10% à amostra vaginal. Considera-se o teste positivo quando se detecta a presença de odor de peixe (liberação de cadaverina, putrescina e dietilamina). Se positivo, é mais sugestivo de vaginose bacteriana.

Tabela 1 – métodos diagnósticos das vulvovaginites

Vulvovaginites/ Métodos dx	Candidíase	Vaginose bacteriana	Tricomoníase
pH vaginal	<4,5	>4,5	>4,5
Exame a fresco	Pseudo-hifas e leveduras (Adiciona-se KOH a 10%)	clue cells*	Trichomonas sp.
Teste de Whiff	Negativo	Positivo	Pode ser positivo

*clue cells: células epiteliais vaginais com membrana recoberta por Gardnerella vaginalis que aderem à membrana celular e tornam seu contorno granuloso e impreciso. Fonte: PASSOS, (2017).

3. VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana (VB) é enquadrada como uma das vulvovaginites, porém ela possui esse nome porque não há, nesse caso, uma resposta inflamatória vaginal. É a principal causa de corrimento vaginal em mulheres na idade reprodutiva.

A fisiopatologia da doença é mais relacionada com desequilíbrio da flora local, que, em homeostase e condições normais, é composto, principalmente, por bacilos gram negativos (*Lactobacillus acidophilus*), mas também por gram negativos (*E.coli*), anaeróbios facultativos (*Gardnerella vaginalis*) e fungos (*Candida sp.*). O desenvolvimento da vaginose bacteriana tem relação íntima com a diminuição dos *Lactobacillus sp*., mas por quê? Essa espécie bacteriana predomina, em cerca de 90%, a flora vaginal normal da mulher. Sua presença suprime o crescimento de bactérias anaeróbias, por meio da produção de peróxido de hidrogênio (prejudicial para esses microorganismos), além de tornar o meio vaginal ácido. Ao passo que ocorre uma diminuição dos lactobacilos, há um aumento do pH local, ocasionando um desequilíbrio da flora, além de um crescimento polimicrobiano de bactérias anaeróbias facultativas**,** principalmente da *Gardnerella vaginalis*, que liberam muitas citocinas e enzimas líticas, ocasionando a produção de muitas aminas voláteis (cadaverina, putrescina e trimetilamina).

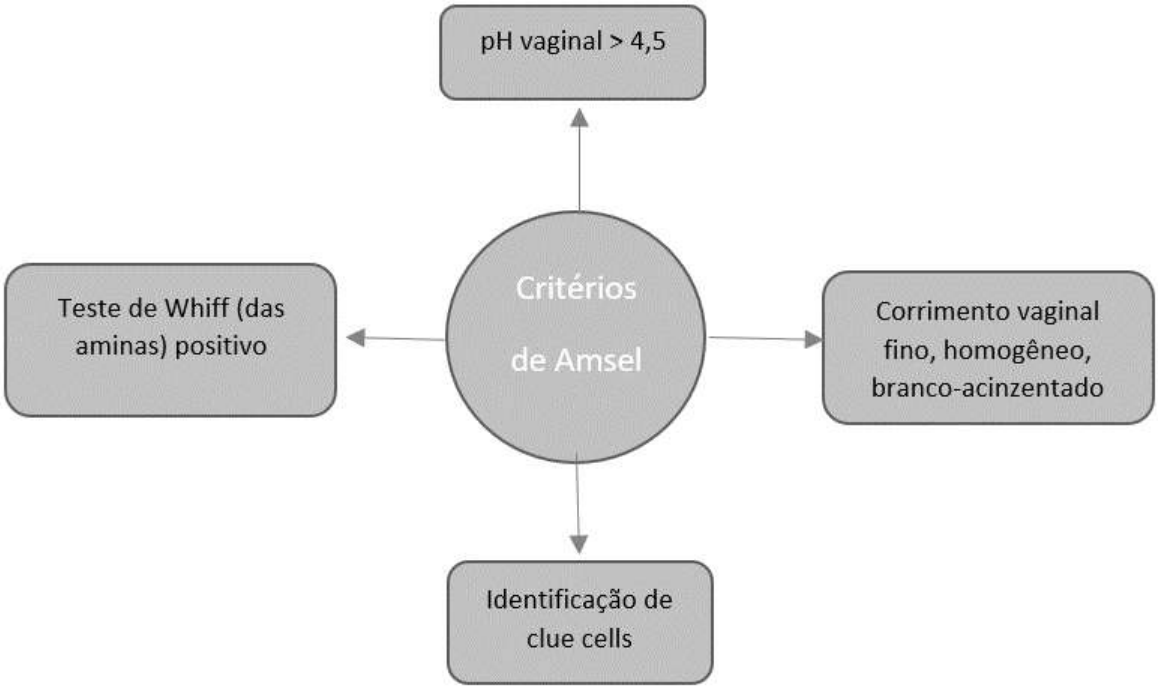
Importante destacar que 50 a 70% das pacientes com VB são assintomáticas, mas a sintomatologia pode ser caracterizada como:

i. Corrimento vaginal homogêneo, fino, branco-acinzentado, microbolhas e não aderente às paredes vaginais.
ii. Odor fétido (conhecido como cheiro de peixe podre): ocorre devido a liberação das aminas. É exacerbado após o coito e a menstruação
iii. Não apresenta dispareunia ou sintomas inflamatórios

3.1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado por meio dos critérios de Amsel, sendo necessário a presença de três deles (Figura 8.1)

Figura 1 – Diagnóstico clínico-laboratorial de vaginose bacteriana



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

3.2. TRATAMENTO

Todas as pacientes sintomáticas devem ser tratadas, seguindo o esquema terapêutico abaixo (*tabela 2*). As pacientes HIV positivas não precisam de um tratamento diferenciado. Já as pacientes assintomáticas que devem ser tratadas são as que serão submetidas a procedimentos ginecológicos, tais como histerectomia, cesariana, curetagem etc.

A vaginose bacteriana não é considerada uma IST, portanto, não é necessário tratar o parceiro. Contudo, na vigência do tratamento é imprescindível que ocorra abstinência sexual ou que seja adotado o método preservativo condom.

Todas as grávidas sintomáticas devem ser tratadas, de preferência com um esquema sistêmico, após a 14ª semana. A VB é associada a várias complicações perinatais, tais como prematuridade, rotura de membranas, infecção intra-amniótica, portanto é imprescindível o tratamento para diminuir esses efeitos adversos perinatais. É seguro o uso de metronidazol, pois não há efeito teratogênico.

Tabela 2 – Tratamento vaginose bacteriana

TRATAMENTO VAGINOSE BACTERIANA		
PRIMEIRA ESCOLHA	**Metronidazol 250mg** ▪ 2 cp VO, 2xdia, por 7 dias	**Metronidazol gel vaginal** ▪ 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias
SEGUNDA ESCOLHA	**Clindamicina 300mg** ▪ 1 cp VO, 2xdia, por 7 dias	
GRÁVIDAS	1° Trim: **Clindamicina 300mg** ▪ 1 cp VO, 2xdia, por 7 dias	Após 1° Trim: **Metronidazol 250mg** ▪ 1 cp VO, 3xdia, por 7 dias
RECORRENTES (MAIS DE 3 EPISÓDIOS POR ANO)	**Metronidazol 250mg** ▪ 2 cp VO, 2xdia, por 10-14 dias	**Metronidazol gel vaginal** ▪ 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com 2 aplicações semanais, por 4-6 meses

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Importante que a abstinência alcoólica na vigência do tratamento seja respeitada, sendo até 24h após o término do metronidazol. Outra observação importante é em relação à menstruação, pois o tratamento deve ser continuado mesmo na vigência dela.

4. CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

A candidíase vulvovaginal é uma inflamação na vulva e na vagina, que é causada pelo fungo gram-positivo do gênero *Candida sp.* e, de acordo com pesquisas recentes, a espécie mais prevalente, em torno de 85%, é a *Candida albicans*, devido ao seu maior potencial de se aderir às células vaginais. A presença isolada de *Candida sp.* na flora da mulher não é indicativa de patologia, pois esse fungo pode ser encontrado no trato genital feminino de, aproximadamente, 20% das mulheres assintomáticas sadias.

Uma importante característica da *Candida sp.* é a sua capacidade de se desenvolver em meios ácidos, além de ser resistente à ação dos lactobacilos presentes. Dessa forma, a explicação de algumas situações predisporem ao aparecimento da candidíase é relacionada ao fato de elas tornarem o meio vaginal mais ácido, por meio do aumento de glicogênio vaginal. Podemos citar como exemplo a gravidez, contraceptivos com altas doses de estrogênio, terapia hormonal apenas com estrogênio e diabetes descompensado. Outros fatores de risco para candidíase são: uso de dispositivos intrauterinos, tireoidopatias, obesidade, estresse, imunodeficiência, uso de antibióticos ou de corticoides e hábitos que aumentem o calor e a umidade local. A sintomatologia pode ser caracterizada como:

i. Prurido vulvovaginal (principal sintoma), que pode ocasionar escoriações de coçadura;
ii. Corrimento branco e grumoso (conhecido como “aspecto de leite coalhado”);
iii. Inflamação exuberante, como: hiperemia, edema vulvar e queimação vulvovaginal
iv. Disúria
v. Dispareunia

4.1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado por meio de achados clínicos sugestivos e, de preferência, associado a uma confirmação por métodos laboratoriais. Pode ser realizado, por exemplo, o exame a fresco do corrimento (com KOH a 10%) com a visualização de pseudo-hifas ou leveduras ou pode ser feito o teste do pH vaginal – espera-se um pH ácido (< 4,5)

Em casos recorrentes, ou seja, mulher que tem mais de 3 episódios por ano, importante realizar a cultura do corrimento vaginal, pois pode ser um caso de candidíase causada por *Candida glabrata* (mais provável) ou *Candida tropicalis.*

4.2. TRATAMENTO

A candidíase não é considerada uma IST, portanto não se recomenda o tratamento das parcerias sexuais assintomáticas. Importante o médico sempre deve dar preferência ao esquema terapêutico mais curto, pois aumenta a aderência do paciente ao tratamento. Além disso, pode-se associar um corticoide ao antifúngico, em prol de diminuir os sintomas vulvares inflamatórios.

Tabela 3 – Tratamento medicamentoso Candidíase

TRATAMENTO CANDIDÍASE		
PRIMEIRA ESCOLHA	**Miconazol creme a 2%** ▪ Um aplicador cheio, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias	**Nistatina 100.000UI** ▪ Um aplicador cheio, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias
SEGUNDA ESCOLHA	**Fluconazol 150mg** ▪ 1 cp VO, dose única	**Itraconazol 100mg** ▪ 2 cp VO, 2x dia, por 1 dia
GRÁVIDAS	**Miconazol creme a 2%** ▪ Um aplicador cheio, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias	Contraindicado o tratamento oral na gestação e lactação
RECORRENTES (MAIS DE 3 EPISÓDIOS POR ANO)	**Miconazol creme a 2%** ▪ Um aplicador cheio, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias	**Fluconazol 150mg** ▪ 1 cp VO, 1x dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: **Fluconazol 150mg** ▪ 1 cp VO, 1x semana, por 6 meses

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

5. TRICOMONÍASE

A tricomoníase é uma vulvovaginite causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, anaeróbio facultativo. Ao penetrar no trato genital feminino, ele se adere às células epiteliais e o parasita garante a sobrevivência por meio de fagocitose de bactérias, fungos e vírus presentes no meio vaginal. Dessa forma, facilita diversas infecções, entre elas o HIV, além de provocar uma intensa resposta inflamatória local, causando um quadro clínico bem exuberante. Ela é a única vulvovaginite que é considerada uma IST, portanto, ao se realizar o diagnóstico de tricomoníase, é imprescindível que as parcerias sexuais também sejam tratadas, mesmo os assintomáticos.

O principal fator de risco da tricomoníase é a prática sexual desprotegida. Dessa forma, importante ressaltar que os homens costumam ser assintomáticos, sendo impossível "prever" quem está ou não colonizado pelo protozoário. A sintomatologia pode ser caracterizada como:

i. Corrimento verde-amarelado, bolhoso;
ii. Odor fétido;
iii. Prurido vaginal ocasional;
iv. Intenso processo inflamatório: ardência, hiperemia e edema vulvar;
v. Sintomas urinários (disúria, polaciúria e dor supra púbica).

5.1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é confirmado quando se identifica o *Trichomonas vaginalis* no fluido vaginal por meio do exame a fresco, porém a presença da sintomatologia descrita acima, o exame do pH com resultado > 4,5 e teste de Whiff positivo (mesmo que fracamente) são muito sugestivos da tricomoníase.

Um achado bastante específico da patologia é um "colo em framboesa" durante a colposcopia. Além disso, ao ser realizado o Teste de Schiller, durante o exame, o colo assume um aspecto "tigroide" – ou seja, algumas áreas no colo uterino não coram com o iodo, significando, portanto, teste de Schiller positivo.

Figura 2 – Principais características clínicas da Tricomoníase

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

5.2. TRATAMENTO

Todas as pacientes, sintomáticas ou assintomáticas, que forem diagnosticadas com tricomoníase devem ser tratadas, seguindo o esquema terapêutico abaixo (*tabela 4*). Ressalva-se que o tratamento tópico não é eficaz, além de ser necessário que a abstinência alcoólica na vigência do tratamento seja respeitada, sendo até 24h após o término do metronidazol.

Pacientes grávidas diagnosticadas devem ser tratadas, de preferência, com um esquema sistêmico. A tricomoníase é associada a várias complicações perinatais, tais como prematuridade, rotura de membranas, infecção puerperal e baixo peso ao nascer, portanto é imprescindível o tratamento para diminuir esses efeitos adversos perinatais. É seguro o uso de metronidazol, pois não há efeito teratogênico.

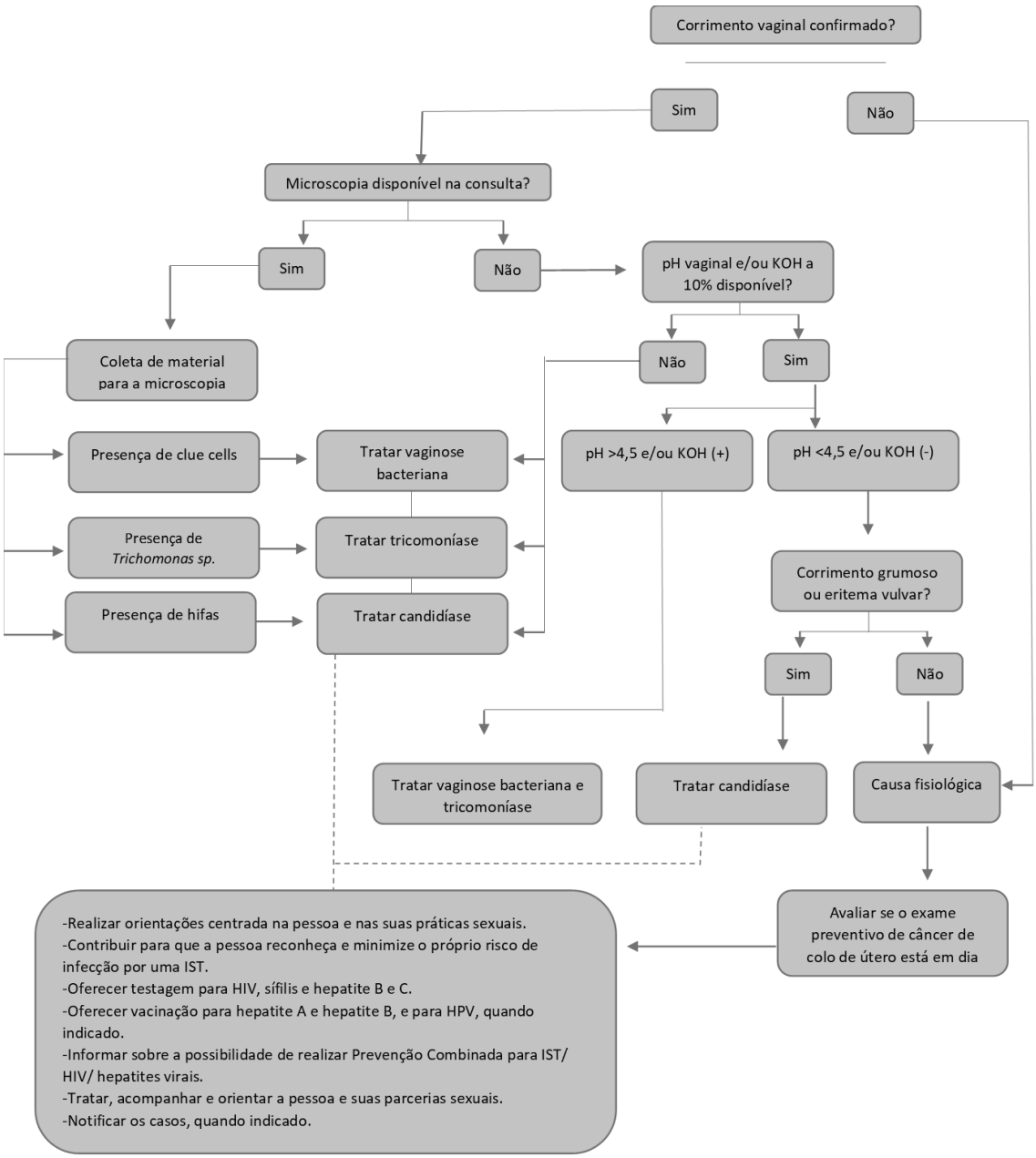
Tabela 4 – tratamento medicamentoso tricomoníase

TRATAMENTO TRICOMONÍASE		
PRIMEIRA ESCOLHA	**Metronidazol 400mg** ▪ 5 cp VO, dose única (dose total de tratamento 2g)	**Metronidazol 250mg** ▪ 2 cp VO, 2x dia, por 7 dias
GRÁVIDAS	**Metronidazol 400mg** ▪ 5 cp VO, dose única (dose total de tratamento 2g) OU	**Metronidazol 250mg** ▪ 1 cp VO, 3x dia, por 7 dias

TRATAMENTO TRICOMONÍASE		
	▪ 1 cp, VO, 2x dia, por 7 dias	
OBSERVAÇÕES	Parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico	O tratamento em gestantes é permitido em qualquer trimestre e em puérperas

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

FLUXOGRAMA



Fonte: PCDT IST (2020).

6. TESTANDO OS CONHECIMENTOS

1) **(HOSPITAL REGIONAL DE MARINGÁ – 2018) Para paciente com queixa de prurido vulvar associado a corrimento vaginal, a alternativa que apresenta o tratamento indicado é:**
    a) Metronidazol creme vaginal
    b) Azitromicina via oral
    c) Tinidazol via oral
    d) Clindamicina creme vaginal
    e) Miconazol creme vaginal
2) **(HOSPITAL CASA DE PORTUGAL – 2018) Na vaginose bacteriana observa-se o desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias anaeróbias, como Gardnerella vaginalis, Bacteroides sp., Mobiluncus sp., Mycoplasma, Peptostreptococus sp. e diminuição importante dos lactobacilos. Neste caso, o caso clínico observado é:**
    a) Prurido genital, associado à corrimento branco, grumoso e com aspecto de "leite coalhado" aderido à parede vaginal.
    b) Corrimento vaginal branco-acinzentado, com odor fétido, mais acentuado depois do coito e no período menstrual.
    c) Corrimento abundante amarelo-esverdeado, bolhoso e com odor fétido associado a processo inflamatório importante (na vagina e no colo do útero)
    d) Fluxo vaginal transparente ou branco, inodoro, homogêneo ou pouco grumoso. O pH vaginal é normal, e o teste das aminas negativo.
3) **(UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO) Mulher de 40 anos procura atendimento com queixa de odor vaginal, corrimento e dispareunia há 2 semanas. Ao exame, confirma-se presença de secreção moderada, homogênea, esverdeada, com odor fétido, colo bastante avermelhado com aspecto de "morango" e pH vaginal de 6,0. Assinale a opção que descreve o agente etiológico possível e seu tratamento.**
    a) *Trichomonas vaginalis,* metronidazol oral
    b) *Gardnerella vaginalis,* metronidazol oral
    c) *Candida albicans,* fluconazol oral
    d) Vulvovaginites e Cervicite

GABARITO: 1) E; 2) B; 3) A.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEREK J.S. Berek & Novak – Tratado de Ginecologia. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E.R.J (org.). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre; ArtMed. 2013.

GIRÃO, M.J.B.C.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Atheneu, 2017.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

LEDGER W.J.; WITKIN, S.S. (ed). Vulvovaginal infections. 2 ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. p. 7-12.

LINHARES I.M.; DE ASSIS, J.S.; BARACAT E.C. Infecções do trato reprodutivo recidivantes. In: BARACAT, E.C. Condutas em ginecologia baseadas em evidências. São Paulo: Atheneu: 2016. p. 203-10

LINHARES, Iara Moreno; AMARAL, Rose Luce Gomes do; ROBIAL, Renata; ELEUTÉRIO JUNIOR, José. Vaginites e vaginoses. In: VAGINITES e vaginoses: Protocolo Febrasgo. 24. ed. [S .L.]: Ela, 2018. p. 4-19.

PASSOS, Eduardo Pandolfi et al (org.). Rotinas em Ginecologia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CAPÍTULO VIII

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-8

Autor(a): Hellen Gomes Fernandes
Coautores: Isabela de Paula Nóbrega
Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Nathaniel dos Santos Sousa
Orientador(a): Carla Roberta Macedo de Sousa

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade diz respeito a um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a libido, que quer dizer energia pela qual se manifesta a capacidade de se ligar às pessoas, ao prazer/desprazer, aos desejos, às necessidades, à vida. Comumente, as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos. Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que atividade sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Tais conceitos foram desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. A saúde sexual e a saúde reprodutiva estão, portanto, na pauta governamental. Além disso, a implementação das diretrizes preconizadas pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos tem sido demanda crescente da sociedade e vem sendo monitorada pela sociedade civil organizada

Neste capítulo iremos abordar as implicações da saúde sexual e reprodutiva no contexto da atenção primária, evidenciando desde os aspectos individuais mais subjetivos, até os protocolos de planejamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

2. SEXUALIDADE E SAÚDE

Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos.

As equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

3. ABORDAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

O profissional de saúde da Atenção Básica pode contribuir para a oferta de uma atenção de qualidade no campo da saúde sexual da seguinte forma:

Considerar, na abordagem, o contexto de vida da pessoa ou do casal; prestar suporte emocional e psicológico (acolhimento, escuta qualificada); orientar e ajudar a desfazer mitos e tabus, com uma abordagem positiva do prazer sexual; incentivar a comunicação entre os parceiros, o que resultará maior confiança e segurança para solicitar um ao outro o que desejam; trabalhar com a pessoa o direito que ela tem em se sentir confortável, para sentir e dar prazer; buscar despertar na pessoa a consciência de que ela também tem responsabilidade pelo seu próprio prazer; incentivar o autoconhecimento; incentivar a troca de carinhos e carícias que não estejam restritas aos genitais; instituir cuidados gerais da saúde e promover o autocuidado, que podem contribuir para uma melhor saúde sexual; identificar e substituir, quando possível, medicamentos que possam interferir na saúde sexual e na saúde reprodutiva; sexual: doenças ginecológicas, urológicas, doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão arterial, diabetes, entre outras; garantir o acesso a informações, métodos e meios para a regulação da fecundidade e para a proteção contra as IST/HIV/Aids; realizar ações de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, individual e em grupos, em qualquer grupo esse assunto pode ser abordado, por exemplo, em um grupo de pessoas com

hipertensão, considerando que um grupo não pode tratar apenas de questões de doença, deve-se promover saúde, entre elas a sexual e a reprodutiva; identificar os casos que necessitam de referência para a atenção especializada, sendo que a definição dos fluxos e pactuações para essa referência são de responsabilidade da gestão.

Ressalta-se a necessidade de que a equipe multidisciplinar avalie caso a caso para a escolha de terapêutica individualizada. As terapias para os casos de disfunções sexuais serão realizadas por profissional especializado, mas podem ser apoiadas/acompanhadas pelos profissionais de Atenção Básica, a depender da situação específica.

4. SAÚDE REPRODUTIVA

A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD provocou transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos. Na Plataforma de Ação do Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

"Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência."

No Brasil, as políticas públicas têm como um dos primeiros marcos nessa área a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que incluiu o planejamento familiar no elenco mínimo de ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher. Até então, não havia, no Brasil, política instituída no campo do planejamento familiar.

5. PLANEJAMENTO FAMILIAR

5.1. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO X CONTROLE DE NATALIDADE

O controle de natalidade implica imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. O planejamento reprodutivo baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente: Acolhimento da demanda da pessoa ou casal, entendida como suas necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias, relacionada às questões de sexualidade, planejamento reprodutivo e prevenção das DST/HIV/Aids; Identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal e suas ideias, desejo ou não desejos em relação a ter ou não ter filhos; Abordagem proativa com questionamentos sobre a atividade sexual; Avaliação de vulnerabilidades individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DST; Compreensão de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com a pessoa ou o casal.

Dentre as atividades clínicas mais importantes, destaca-se: orientação para a escolha dos recursos à concepção ou à anticoncepção, considerando os critérios de elegibilidade dos contraceptivos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em especial nas pacientes com comorbidades, para uma indicação segura do método a ser utilizado e encaminhamento ao especialista em situações especiais. Além disso, o incentivo a participação ativa na decisão individual ou do casal é fundamental.

6. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

As IST são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, transmitidos principalmente por contato sexual (vaginal, anal e/ou oral) sem o uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada. A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), para destacar a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. As IST são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Essas infecções podem ser

divididas em amplas representações sindrômicas: verrugas anogenitais (Tabela 1), corrimento vaginal ou uretral (Tabela 2) e úlceras vaginais (Tabela 3).

Tabela 1 – Características das verrugas anogenitais

Verrugas anogenitais	
Patologia	**Clínica**
Verrugas anogenitais Papilloma vírus humano (HPV)	Lesões exofíticas denominadas condilomas acuminados, ou popularmente cristas de galo. A maioria das infecções são assintomáticas e vários subtipos estão associados ao carcinoma do colo uterino.

Fonte: Brasil (2015).

Tabela 2 – Características do corrimento vaginal ou uretral

Corrimento vaginal ou uretral	
Patologia	**Clínica**
Vaginite e vaginose	Corrimento vaginal de volume variável, amarelo esverdeado com prurido, dispareunia e disúria. Há hiperemia da mucosa, placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal) com aspecto de framboesa na Tricomoníase. Vaginose bacteriana: desequilíbrio da microbiota vaginal pelo crescimento excessivo de bactérias anaeróbias. Cervicites: assintomáticas em 70 a 80% dos casos.
Uretrites	Corrimento uretral mucoide ou purulento, com mudança de odor, dor uretral, disúria, estrangúria, prurido uretral, eritema em meato uretral. É frequente a associação de C. trachomatis e N. gonorrhoeae.

Fonte: Brasil (2015).

Tabela 3 – Características das úlceras genitais

Úlceras Genitais	
Patologia	**Clínica**
Herpes simples (Vírus HSV-1 e HSV-2)	Na primoinfecção há febre, mal-estar, mialgia, disúria e linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral (50% dos casos). Lesões: eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que evoluem para vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas, com conteúdo citrino (raramente turvo), que se rompem formando pequenas úlceras.
Cancroide (cancro mole)	Múltiplas lesões dolorosas, bordas irregulares, contornos eritêmatoedematosos e fundo recoberto por exsudato necrótico, amarelado, odor fétido; quando removido surge tecido granuloso de fácil sangramento; Linfadenomegalias dolorosas ínguino-crurais (bubão) em 30 a 50% dos casos (unilateral em 2/3 dos casos). Em 50% dos casos evolui para liquefação e fistulização (orifício único).
Linfogranuloma Venéreo	Evolução em três fases: 1) inoculação: presença de pápula, pústula ou exulceração indolor; 2) disseminação linfática regional com linfadenopatia inguinal, unilateral em 70% dos casos; 3) sequelas: por supuração e fistulização com múltiplos orifícios dos gânglios. Pode ocorrer obstrução linfática crônica com elefantíase genital; fístulas retais, vaginais, vesicais e proctite com estenose retal.
Donovanose ou granuloma inguinal	Úlceras de bordas planas ou hipertróficas, com fundo granuloso, vermelho vivo, de sangramento fácil, com evolução lenta, podem se tornar vegetantes ou úlcero-vegetantes. As lesões podem ser múltiplas, bilaterais, em “espelho”, em bordas cutâneas e/ou mucosas. Não ocorre adenite, embora possam se formar pseudobubões (granulações subcutâneas) na região inguinal.

Fonte: Brasil (2015).

7. TRATAMENTO

Presença de corrimento vaginal

- **Tricomoníase:** Metronidazol - 400mg, 5 comprimidos, via oral (VO), dose única (dose total de 2g), VO ou Metronidazol - 250mg, 2 comprimidos, VO, 12/12 h, por 7 dias.
- O tratamento deve ser do casal!

Presença de corrimento vaginal e uretral

- **Vaginite, uretrite e proctite gonocócica e por *Chlamydia trachomatis* não complicada:** Ceftriaxona 250 mg, intramuscular (IM), dose única + Azitromicina 1g (2 comprimidos de 500mg, VO, dose única.
- **Vaginite e uretrite por *Chlamydia trachomatis*:** Azitromicina 1 g (2 comprimidos de 500mg), VO, dose única.

Herpes simples, cancroide, linfogranuloma venéreo e donovanose

- **Herpes simples**: Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 h, por 7 dias ou Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h) por 7 dias.
- **Cancroide**: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única.
- **Linfogranuloma venéreo**: Doxiciclina 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x dia, por 21 dias. Peso < 45 kg = Eritromicina 50 mg/ kg/dia VO 6/6 horas, por 21 dias.
- **Donovanose**: Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 12/12 h, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões. Peso < 45 kg = Eritromicina 50 mg/ kg/dia VO 6/6 horas (máx. 500 mg/dose), por 21 dias, até cicatrização das lesões.

8. CASO CLÍNICO

DSF, 29 anos, casada, procurou o PSF do bairro para uma consulta a qual relatava corrimento abundante amarelo esverdeado saindo da vagina, com prurido, irritação na vulva e dispareunia. Relata ciclos menstruais regulares e nega uso de contraceptivos. Nega antecedentes patológicos familiares de grande importância. No exame papa Nicolau você

evidenciou placas avermelhadas no colo do útero em aspecto framboesa. Considerando sua suspeita principal, como você conduziria o caso?

R:. O diagnóstico é baseado nos sinais e sintomas clínicos relatados pela paciente e observados pelo médico, juntamente com o apoio de testes laboratoriais e exames clínicos. Clinicamente, o diagnóstico da paciente em questão aponta para um caso de Tricomoníase

O tratamento de escolha mais recomendado é o uso de Metronidazol. A dose recomendada é 400mg, 5 comprimidos, via oral (VO), dose única (dose total de 2g), VO ou 250mg, 2 comprimidos, VO, 12/12 h, por 7 dias. É muito importante salientar que o tratamento deve ser feito pelo casal.

QUESTÕES

1) **A respeito da sexualidade e sua relação com a saúde, assinale a alternativa correta:**
   a) a sexualidade diz respeito ao ato sexual em si
   b) a abordagem médica não deve exercer papel nesse espectro
   c) na medicina, a importância da saúde sexual se implica somente na reprodução
   d) a Atenção Básica de Saúde não está apta a exercer suporte e orientação sobre o assunto, cabendo aos serviços de psicologia a responsabilidade exclusiva
   e) as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva
2) **Sobre planejamento familiar, marque a opção correta**
   a) o planejamento familiar significa controle de natalidade
   b) o planejamento familiar não está nas pautas governamentais, pois as decisões sobre o assunto não devem receber influência do governo
   c) o sucesso da compreensão sobre planejamento familiar depende somente do casal
   d) os integrantes da Atenção Básica de Saúde devem incentivar a participação ativa na decisão individual ou do casal.
   e) a prevenção das DST/HIV/Aids não faz parte do planejamento familiar
3) **Sobre o planejamento familiar, pode-se afirmar:**
   a) Apenas médicos especialistas podem sanar as dúvidas dos pacientes sobre métodos contraceptivos e comportamento sexual
   b) as escolhas sobre planejamento familiar deve se basear na decisão do médico

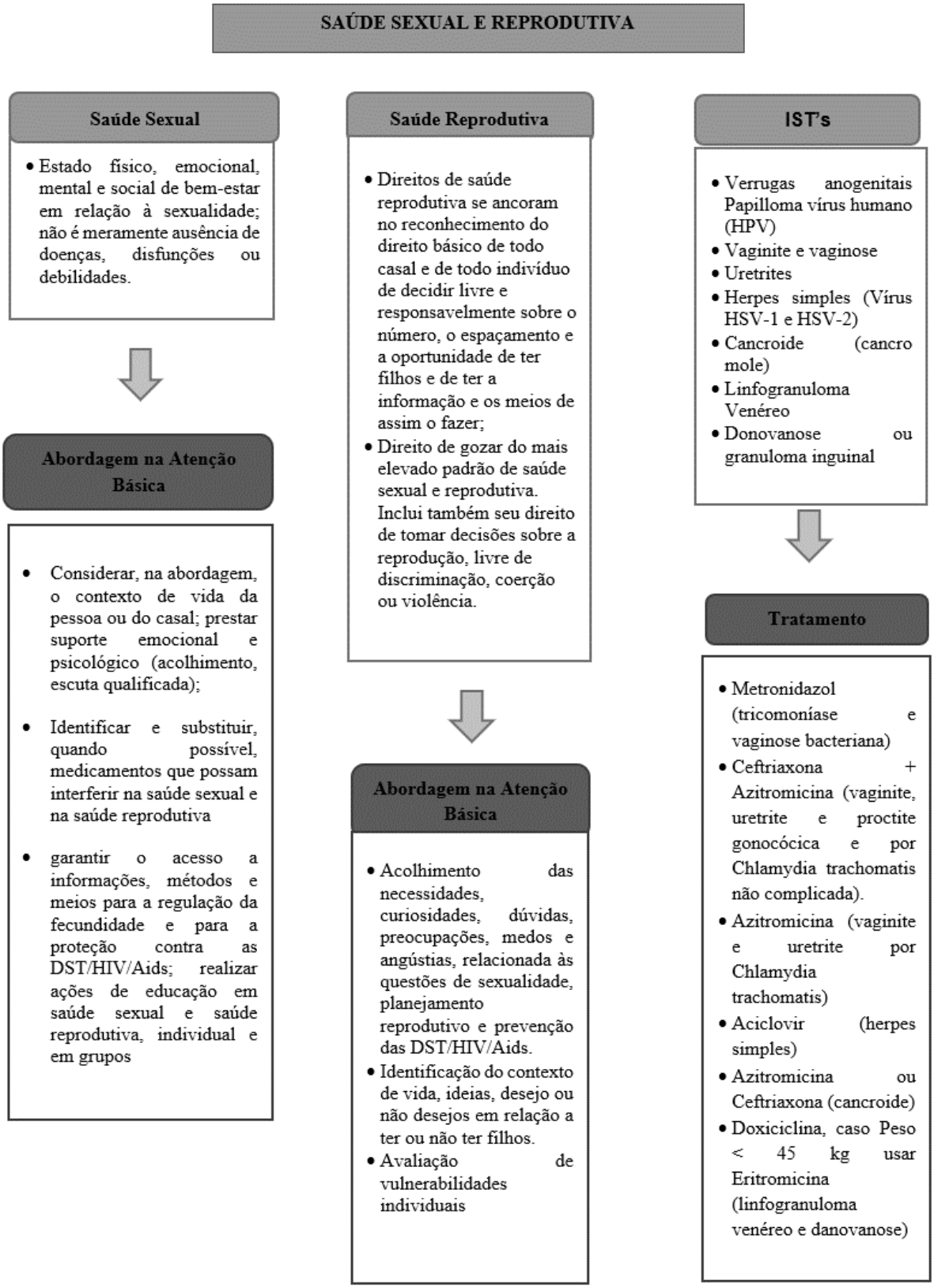
c) a vulnerabilidade social não tem relação com os riscos de contrair IST's

d) não cabe ao médico fazer perguntas sobre a vida sexual de seus pacientes, pois fere o direito à privacidade

e) a atenção básica deve atuar de forma a esclarecer dúvidas, preocupações, medos e angústias relacionadas às questões de sexualidade e planejamento familiar

(Gabarito: 1E; 2D; 3E).

FLUXOGRAMA


SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
Saúde Sexual
• Estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades.
Abordagem na Atenção Básica
• Considerar, na abordagem, o contexto de vida da pessoa ou do casal; prestar suporte emocional e psicológico (acolhimento, escuta qualificada);
• Identificar e substituir, quando possível, medicamentos que possam interferir na saúde sexual e na saúde reprodutiva
• garantir o acesso a informações, métodos e meios para a regulação da fecundidade e para a proteção contra as DST/HIV/Aids; realizar ações de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, individual e em grupos
Saúde Reprodutiva
• Direitos de saúde reprodutiva se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer;
• Direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.
Abordagem na Atenção Básica
• Acolhimento das necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias, relacionada às questões de sexualidade, planejamento reprodutivo e prevenção das DST/HIV/Aids.
• Identificação do contexto de vida, ideias, desejo ou não desejos em relação a ter ou não ter filhos.
• Avaliação de vulnerabilidades individuais
IST's
• Verrugas anogenitais Papilloma vírus humano (HPV)
• Vaginite e vaginose
• Uretrites
• Herpes simples (Vírus HSV-1 e HSV-2)
• Cancroide (cancro mole)
• Linfogranuloma Venéreo
• Donovanose ou granuloma inguinal
Tratamento
• Metronidazol (tricomoníase e vaginose bacteriana)
• Ceftriaxona + Azitromicina (vaginite, uretrite e proctite gonocócica e por Chlamydia trachomatis não complicada).
• Azitromicina (vaginite e uretrite por Chlamydia trachomatis)
• Aciclovir (herpes simples)
• Azitromicina ou Ceftriaxona (cancroide)
• Doxiciclina, caso Peso < 45 kg usar Eritromicina (linfogranuloma venéreo e danovanose)

REFERÊNCIAS

AAP. Comitê de Doenças Infecciosas da Academia Americana de Pediatria. Doenças Infecciosas em Pediatria - Red Book. 30 ed. Elk Grove Village- EUA: [s.n.], 2015.

BRASIL. CONITEC. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015. p.121

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis incluindo o Vírus da Imunodefiência ciência Humana. Brasília, 2014.

CDC. MMWR. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. [S.l]: [s.n], 2015. p.140. v 64, n 3.

CAPÍTULO IX

CONDIÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS AO CICLO MENSTRUAL

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-9

Autor(a): Nathaniel dos Santos Sousa
Coautores: Felipe Pinheiro Mendes
Renata Bezerra de Amorim
Victor Carneiro de Souza
Orientador(a): José Juvenal Linhares

1. INTRODUÇÃO

1.1. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA)

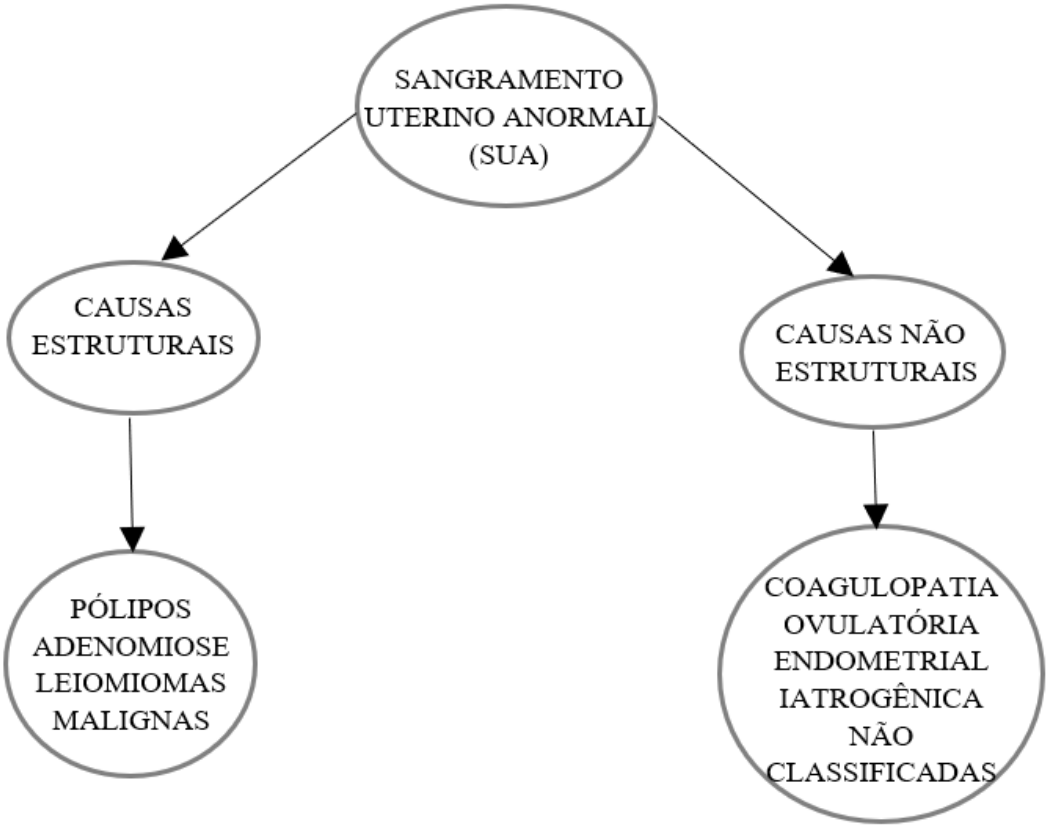
É definido como qualquer sangramento genital feminino fora do padrão da normalidade. Corresponde a cerca de 20% das queixas ginecológicas. Pode acometer todas as faixas etárias, sendo mais comum nos extremos da vida reprodutiva, principalmente adolescência e período perimenopausa, período de maiores ciclos anovulatórios e irregulares. Tem grande importância pela sua frequência e por afetar negativamente aspectos físicos, emocionais, sexuais e profissionais, piorando a qualidade de vida das mulheres. É preciso entender o SUA como sintoma e não diagnóstico, devendo ser estabelecido sua causa especifica.

O sangramento menstrual normal resulta da queda dos níveis de estrogênio e progesterona, secundária a regressão do corpo lúteo ao fim de um ciclo ovulatório. O mesmo mecanismo ocorrendo após a interrupção do uso de estrogênio e progesterona em pacientes usuárias de anticoncepcionais orais combinados (ACO) ou terapia hormonal (TH).

De forma geral durante todo menacme as pacientes apresentam os mesmos parâmetros de sangramento menstrual, sendo a mudança desse padrão a informação mais importante na anamnese dessas pacientes. A duração de um ciclo menstrual normalmente varia de 21 a 35 dias (média de 28 dias) e o fluxo menstrual dura aproximadamente 2 a 6 dias, com uma perda média de 20 a 60ml.

Podemos classificar um SUA em agudo quando ocorre um episódio intenso, na ausência de gravidez, com quantidade suficiente para ser necessário intervenção para evitar a perda sanguínea, SUA crônico quando ocorre em frequência, regularidade, duração e volume persistente por mais de 6 meses e SUA intermenstrual quando ocorre entre dois ciclos menstruais regulares.

A FIGO (Federação internacional de ginecologia e obstetrícia) em 2011 com o objetivo de classificar as causas de SUA, além de facilitar o entendimento, avaliação e tratamento, propôs um esquema conhecido com PALM- COEIN, onda cada letra denomina uma etiologia do sangramento. Os componentes do grupo PALM representam as anormalidades estruturais que podem ser visualizadas em um exame de imagem e o grupo COEIN não apresentam essa característica.



Fonte: FIGO, 2011.

1.1.1. CAUSAS ESTRUTURAIS

Pólipo: Os pólipos uterinos são crescimento excessivo benigno de células endometriais ou endocervicais. Variam de 7,84 a 34% das pacientes com SUA. São mais comuns na Peri e pós menopausa. Manifestam-se através de menstruações irregulares, aumento do volume

menstrual, sangramento pós coito ou sangramento intermenstrual. A polipectomia histeroscópica é uma opção eficaz e segura para diagnóstico e tratamento.

Adenomiose: Adenomiose é uma patologia uterina caracterizada pela presença de glândulas e estroma endometrial dentro do miométrio, podendo levar ou não à hipertrofia das fibras musculares uterinas, com aumento do volume do órgão, nunca, porém, tão acentuado como nos casos dos miomas. Entretanto, pacientes com adenomiose frequentemente também têm leiomiomas ou endometriose. Frequentemente associada a sangramento e a dismenorreia, sua incidência é subestimada entre 5 a 70% devido a inconsistências em seu diagnóstico. Seus sintomas variam conforme a profundidade do miométrio atingida. As formas superficiais (< 0,5mm abaixo do endométrio) caracterizam-se por sangramento, enquanto que as profundas estão relacionadas a sintomas dolorosos, como dismenorreia e dispareunia. Frequentemente são tratadas com histerectomias, porem estudos mostram que os sintomas podem ser controlados com terapia supressiva semelhantes as utilizadas para SUA sem alteração estrutural, como ACO, progestogênios e sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG)

Leiomiomas: é uma neoplasia benigna do músculo liso uterino. Apenas cerca de 30% das pacientes com leiomiomas demandarão de tratamento devido a sintomas, entre eles o SUA. Os miomas podem variar conforme sua localização, podendo ser classificados em submucoso, intramural e subseroso, sendo os primeiros mais associados a sangramentos anormais. Na presença de sintomas, pode-se proceder ao tratamento farmacológico, que tem como alternativas os mesmos medicamentos disponíveis para a redução do sangramento não estrutural. Não havendo resposta ao tratamento clínico, deve-se considerar a abordagem cirúrgica, na qual a via e o tipo de abordagem dependerão do número, da localização, do tamanho do mioma e do desejo futuro de concepção.

Malignas: Apesar de poder acontecer em todas as etapas da vida é mais comum na perimenopausa, o que justifica a investigação intracavitária em mulheres com sangramento aumentado nessa etapa da vida. Obesidade, diabetes e a exposição prolongada a estrogênio sem oposição da progesterona são os principais fatores de risco para adenocarcinoma de endométrio.

1.1.2. CAUSAS NÃO ESTRUTURAIS

Coagulopatias: SUA pode ser resultado clinico de qualquer alteração nos mecanismos de coagulação. Deve-se ser lembrada nas pacientes com história de sangramento aumentado e anemia. Doença de Von Willebrand (DVW) e Purpura Trombocitopenica Idiopática (PTI) são coagulopatias mais comum, outras causas são as hemofilias, leucemias e distúrbios de coagulação associado a hepatopatias.

Ovário: Deve ser suspeitada em pacientes com um padrão de sangramento irregular, particularmente aqueles nos extremos da idade reprodutiva (pós-menarca e na transição da menopausa). No menacme a principal causa anovulatória é a Síndrome dos ovários policísticos (SOP).

Endométrio: Distúrbios primários do endométrio geralmente se manifestam como alterações da hemostasia endometrial local, decorrente da resposta inflamatória, como na doença inflamatória pélvica (DIP).

Iatrogênica: Várias intervenções medicas podem resultar em SUA, entre eles os sistemas intrauterinos medicados ou inertes e agentes farmacológicos capazes que interferir no mecanismo de coagulação ou interferir na ovulação. Anticoncepcionais hormonais podem frequentemente causar sangramentos intermenstruais além de spotting. Outros medicamentos como ácido acetilsalicílico, antiepilépticos, hormônios da tireoide, alguns antidepressivos, tamoxifeno e corticoides também são responsáveis por SUA.

Não classificada: Consiste em outras condições que podem cursar como SUA como malformações arteriovenosas, hipertrofia endometrial, istmocele e alterações mullerianas.

1.1.3. DIAGNOSTICO

O diagnóstico é essencialmente clinico, com uma boa anamnese e exame físico, tentando diferenciar as diversas causas de SUA. Devemos primeiramente avaliar a idade, status reprodutivo e a existência de doenças intercorrentes.

Na anamnese o objetivo é definir a natureza do sangramento, avaliar se ocorre repercussões clínicas dessa condição, além de identificar os fatores etiológicos. A história menstrual, duração, fluxo, intervalos intermenstruais e mudanças de padrão deve sempre ser questionados.

Alguns exames complementares podem ser selecionados conforme as suspeitas diagnosticas, entre eles:

Teste de gravidez: Deve ser solicitado para mulheres no menacme sem uso de contraceptivos.

Coagulograma: Pode ser solicitado em pacientes com história de sangramento uterino aumentado desde a adolescência, história familiar de coagulopatias, história pessoal de hemorragia pós-parto ou sangramentos frequentes e espontâneos (epistaxes, sangramento gengival e hematomas).

Hemograma: Deve ser solicitado em toda paciente com SUA importante (> 80ml por ciclo), devendo ser feito concomitantemente a qualquer tratamento instituído.

Ultrassonografia (USG): Na maioria das vezes é um dos primeiros passos na investigação do SUA. É um método não invasivo e de baixo custo, capaz de avaliar anormalidades estruturais, espessura endometrial, miométrio, forma e volume uterino, além de anexos. A via transvaginal permite uma melhor visualização devido à proximidade com as estruturas analisadas, porem se a paciente não tiver iniciado a vida sexual ou não suportar o transdutor endocavitário, a USG pélvica transabdominal pode ser solicitada. A espessura endometrial aceitável, segundo os manuais do ministério da saúde sobre climatério, é de 5 mm em menopausadas sem terapia hormonal (TH) e 8 mm em mulheres com TH. No menacme não existe consenso na literatura sobre valor de espessamento endometrial, de forma geral é considerado espessado o endométrio acima de 12mm em USG realizado na primeira metade do ciclo menstrual. Em casos de espessamento deve seguir a investigação endometrial com histeroscopica, biopsia endometrial ou curetagem.

Histerossonografia: Consiste em um método complementar a USG, com a introdução de solução fisiológica com a finalidade de distender a cavidade uterina, aumentando o contraste entre a parede uterina e cavidade endometrial, permitindo a visualização de pólipos e miomas submucosos.

Histeroscopica: É considerada o método padrão ouro para biopsia endometrial por permitir uma biopsia dirigida. Em determinadas situações ela também é terapêutica, pois permite a retirada de pólipos, leiomiomas submucosos, sinéquias e a realização de ablação endometrial.

Biopsia de endométrio: o estudo histopatológico é o padrão-ouro para o estudo das patologias endometriais, preferencialmente sendo realizado por histeroscopia, porem em casos onde esse exame não é disponível pode-se fazer uma biopsia às cegas com cânula de

Pipelle ou cureta de Novak. A desvantagem desse método é não fornecer uma amostra de todo endométrio, além de por ser as cegas, lesões focais podem não serem estudadas.

Curetagem uterina: Isoladamente não é um método diagnóstico de primeira linha para patologias endometriais. É realizada às cegas e necessita de uma anestesia, o que confere maior risco e custo quando comparada a biopsia ambulatorial com cânula de Pipelle ou cureta de Novak.

Dosagem de hormônios tireoidianos: Deve ser solicitado apenas quando outros sinais de doença tireoidiana presente.

Dosagem de hormônios sexuais: Não há relação entre hormônios sexuais e SUA, assim sua avaliação não é recomendada.

1.1.4. TRATAMENTO DO SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

O tratamento do SUA é baseado em estabilizar e/ou manter a estabilidade hemodinâmica, corrigir a anemia aguda ou crônica e retornar o padrão normal de ciclos menstruais.

1.1.4.1. TRATAMENTO DO SUA DE CAUSA ESTRUTURAL

Miomas: A maioria dos miomas que cursam com sangramento aumentado são os submucosos e os intramurais que deformam a cavidade uterina. O tratamento pode ser uma miomectomia ou histerectomia, preferencialmente por via laparoscópica, dependendo de fatores como localização, volume uterino e quantidade de leiomiomas.

Pólipos: São alterações na superfície da cavidade uterina que reproduzem total ou parcialmente o endométrio, mais comum em mulheres acima de 40 anos. O tratamento recomendado é a polipectomia histeroscopica, podendo ser realizada ambulatorial ou em ambiente hospitalar, a depender do tamanho da lesão.

Adenomiose: O tratamento definitivo é a histerectomia. Outras opções como DIU de levonorgestrel, progestogênios, anticoncepcionais combinados contínuos e ablação endometrial, são na maioria das vezes efetivos em reduzir o sangramento e dismenorreia, sua interrupção associada ao retorno dos sintomas e volume uterino.

1.1.4.2. TRATAMENTO DO SUA DE CAUSA NÃO ESTRUTURAL

O tratamento visa atuar na estabilidade endometrial ou controle dos fatores que levam a descamação e a cicatrização do endométrio, pode ser medicamentoso ou na falha destes podemos optar por tratamento cirúrgico.

Podemos dividir o tratamento medicamentoso em tratamento hormonal e não hormonal (anti-inflamatórios e antifibrolíticos).

1.1.4.3. TRATAMENTO HORMONAL

Estrogênios e progestogênio combinados: Reduzem a perda sanguínea menstrual em 32 a 72% dos casos, sendo habitualmente a primeira opção para o tratamento do SUA de causa não estrutural. Uma desvantagem para seu uso é o desejo reprodutivo, pois esse tratamento tem ação anovulatória.

Progestogênio isolado (oral): Promove a atrofia endometrial e possuem ação anti-inflamatória. Apesar de ser indicado para a maior parte dos pacientes, seu uso é mais indicado nas pacientes com contraindicação ou não toleram o estrogênio. É efetivo na redução do sangramento, podendo inibir os períodos de menstruação, promovendo em alguns pacientes amenorreia.

Progestogênio injetável: Não há evidencias conclusivas do uso de progesterona de deposito (acetato de medroxiprogesterona 150mg em uso intramuscular a cada 3 meses) no SUA.

Implante subcutâneo de etonorgestrel (Implanon ®): Não há estudos suficientes para indicar seu uso no SUA.

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG): É considerado mais efetivo no controle do SUA do que tratamentos orais, atua na atrofia endometrial causando redução do sangramento.

1.1.4.4. TRATAMENTO NÃO HORMONAL

É indicado nas pacientes com contraindicações ou que não desejam o tratamento hormonal, além das que tem desejo de gestação. Inclui o uso dos Antifibrinolíticos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINES).

Antifibrinolíticos: Pacientes com sangramento uterino aumentado podem cursar com ativação do sistema fibrinolítico durante a menstruação, com aceleração da degradação do coagulo de fibrina, formado para conter o sangramento. Medicamentos que atuam diminuindo a fibrinólise podem reduzir o sangramento. Nessa categoria podemos destacar o ácido tranexâmico, Antifibrinolíticos de meia vida curta que deve ser usado de 3 a 4 vezes ao dia e possui poucos efeitos colaterais, mais associados a sintomas gastrointestinais. Pode-se esperar uma redução em até 50% do sangramento.

Anti-inflamatórios não esteroidais: Atua na inibição da ciclooxigenase, responsável pela transformação da ácido araquidônico em prostaglandinas e tromboxano. Pode ser usado isoladamente ou com terapia adjuvante no tratamento hormonal. Tem uma menor redução do fluxo menstrual quando comparado ao ácido tranexâmico e ao SIU-LNG.

Análogo de GnRH: podem ser considerados antes de cirurgias como a miomectomia, melhorando os parâmetros hematimétricos e reduzindo o volume tumoral. Podem ser usados quando outros métodos são contraindicados por curto período de tempo, até que haja condições para cirurgia.

1.1.4.5. TRATAMENTO CIRURGICO DO SUA DE CAUSA NÃO ESTRUTURAL

Tamponamento uterino: É uma intervenção invasiva que consiste na introdução de um cateter de Foley, seguida da infusão de 30 ml de liquido em seu balonete, com objetivo de controlar agudamente o sangramento e estabilizar para posterior tratamento definitivo.

Ablação endometrial: Consiste na destruição do endométrio em toda sua extensão e espessura, pode ser realizada por via histeroscopica ou não. A ressecção endometrial eletrocirurgica com a utilização de ressectoscópio é a técnica mais empregada.

Curetagem uterina: É o tratamento cirúrgico de escolha para pacientes instáveis com sangramento uterino grave. O material curetado deve ser enviado para histopatológico.

Histerectomia: É o único procedimento definitivo para o SUA. Deve ser reservada apenas para mulheres com prole constituída sem resposta ao tratamento clinico.

1.2. DISMENORREIA

É uma das queixas ginecológicas mais frequentes em todo mundo e capaz de afetar a qualidade de vida das pacientes. Cerca de 50 a 90% das pacientes já tiveram dor no período menstrual. Literalmente o termo dismenorreia significa “menstruação difícil”, sendo um termo usado na pratica clinica como sinônimo de dor pélvica que ocorre antes do período menstrual.

Pode ser dividida em:

Primaria (intrínseca, essencial ou idiopática): ocorre na ausência de doença pélvica detectável. Inicia-se durante a adolescência, meses após a menarca, coincidindo com o início dos ciclos ovulatórios, imediatamente ou logo após o sangramento e pode perdurar de 48 a 72h, cessa normalmente com analgésicos comuns e mantem um padrão de dor estável ou

decrescente de intensidade com o passar da vida reprodutiva. O Exame físico ginecológico é normal.

Secundaria (extrínseca ou adquirida): é consequência de anormalidade pélvica, podendo ser causada por várias ginecopatias e seu tratamento deve ser voltada para a afecção geradora.

Quadro 1 - Causas de dismenorreia secundaria

TECIDO OU SISTEMA ORGÂNICO	AFECÇÃO
Peritônio	Endometriose Síndrome de Allen-Masters Síndrome da congestão pélvica
Útero	Adenomiose Miomas Pólipos Síndrome de Asherman Anomalias congênitas (bicorno, septado) Dispositivos intrauterinos
Cérvice	Estenose ou oclusão
Vagina	Hímen imperfurado Septo vaginal transverso
Trompa	DIP aguda ou crônica
Ovário	Cistos ou Tumores de Ovário

Fonte: Adaptado de WILLIANS (2014).

A base do tratamento da dismenorreia passa pelo diagnóstico diferencial entre dismenorreia primária e secundária. Seu diagnóstico deve ser inicialmente clínico.

Quadro 2 - Diagnostico diferencial entre dismenorreia primaria x secundaria

DISMENORREIA	PRIMARIA	SECUNDARIA
Inicio	Em geral, dois anos após a menarca	Independe da menarca
Manifestação	Imediatamente antes ou no início do fluxo menstrual com atenuação progressiva	Antes ou durante todo o fluxo com exacerbação progressiva
Quadro clínico	Dor em hipogástrio associado a náuseas, vômitos, dor lombar e em membros	Dor pélvica crônica e dispaurenia associados.
Exame clínico	Não há achados significativos	Dor ao toque vaginal, nódulos ou massas pélvicas palpáveis.
Exames subsidiários	Normais	CA 125, USG pélvica, Ressonância magnética

Fonte: Adaptado de WILLIANS (2014).

A dismenorreia primária é um diagnóstico de exclusão. Na anamnese podemos obter informações sobre a localização, duração, características da dor, além de fatores de melhora e piora. Em geral na primaria se inicia poucas horas antes ou logo com o início do sangramento. De intensidade variável, pode ou não acontecer concomitante a outros

sintomas, como vômitos, diarreia, cansaço, cefaleia ou até episódios de síncope. Não existem alterações dos sinais vitais, aparelho urinário ou intestinal. Na palpação uterina deve-se avaliar tamanho, volume, forma e mobilidade, que se apresentam normais. Não devem existir alterações à investigação clínica anexial, sem massas ou dor localizada. Ultrassonografia transvaginal ou transabdominal (pacientes virgens) devem ser solicitadas para excluir alterações orgânicas não detectadas no exame físico. Existem fatores predisponentes associados a dismenorreia. O tabagismo é apontado como fator predisponente, provavelmente pela associação da nicotina com vasoconstricção e hipóxia miometrial, além de dieta rica em gordura, transtorno depressivo e ansioso.

Nos casos de dismenorreia secundária, a dor tende a existir de duas semanas antes até alguns dias após o sangramento menstrual. Seu diagnóstico está relacionado à presença de alterações no exame físico, laboratorial ou de imagem, ou ainda nos casos de falência do tratamento clínico com anticoncepcionais hormonais orais ou anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) por um período ideal de até seis meses com adaptações de doses e drogas. As principais causas de dismenorreia secundária são as que provocam dor pélvica crônica como endometriose, doença inflamatória pélvica e doenças que acometem o útero como leiomiomas e adenomiose, além de alterações psíquicas.

1.2.1. TRATAMENTO

O tratamento da dismenorreia tem como fundamento sua etiologia. A abordagem deve considerar o manejo durante a crise e medidas para profilaxia. O objetivo é neutralizar a ciclooxigenase que está envolvida na produção de prostaglandinas e hipercontratilidade uterina, vômitos e aumento da motilidade intestinal.

1.2.1.1. MANEJO DA DISMENORREIA PRIMARIA

Pode ser abordada conforme o desejo ou não das pacientes a contracepção. Podemos dividir o tratamento em:

Medidas de habito de vida: atividade física, mudança para hábitos mais saudáveis e alterações dietéticas mostraram ser efetivas e devem ser incentivadas. Vitamina B6 possui um efeito relaxante e antiespasmótico sobre o útero. Vitamina E não possui evidencias cientificas que corroboram com seu uso.

Tratamento cíclico hormonal: Anticoncepcionais combinados orais representam a primeira escolha nas pacientes sem desejo de gestação, tendo uma eficácia de 90%, cursando

com anovulação e consequente diminuição das prostaglandinas. Os progestogênios orais podem ser usados de 10 a 14 dias antes da menstruação e o SIU-LNG tem sido empregado no tratamento da dismenorreia primaria e secundaria por produzir a decidualização, atrofia do endométrio, redução do fluxo e inibição da síntese de prostaglandinas.

Tratamento cíclico não hormonal: analgésicos simples como paracetamol ou dipirona podem ser usados em casos iniciais ou quando os AINES são contraindicados. Os AINES quando utilizados devem ser iniciados um a dois dias antes da menstruação. Seu uso é limitado pelos efeitos gastrointestinais associados e deve ser mantido por pelo menos três meses antes de considerar falha terapêutica. Além desses medicamentos, podemos usar os bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina e verapamil) que atuam inibindo a contratilidade uterina e a contração do musculo liso dos vasos, diminuindo a hipóxia e isquemia.

Terapias alternativas: acupuntura e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS).

1.2.1.2. MANEJO DA DISMENORREIA SECUNDARIA

Deve ser feito com foco na sua causa base, com abordagem cirúrgica ou clínica de acordo com seus próprios critérios.

1.2.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira opção diante de um caso de dismenorreia em mulher adulta jovem deve ser a utilização de anticoncepcionais hormonais, combinados ou isolados, independente da via de administração, principalmente para aquelas com desejo de anticoncepção. A utilização de implantes de levonorgestrel ou etonorgestrel deve ser considerado nos casos de dismenorreia refratária ou em casos de anormalidades pélvica. Os casos não responsivos ao tratamento clinico deve ser encaminhado para investigação de possíveis doenças pélvicas causadoras de dismenorreia secundaria, e na sua constatação o tratamento deve ser individualizado para sua doença de base. Endometriose é a causa mais comum de dismenorreia secundária.

1.3. AMENORREIAS

É definida como a ausência ou suspensão anormal da menstruação em mulheres em idade reprodutiva por no mínimo três ciclos consecutivos naquelas com ciclo menstrual regular ou ausência de menstruação por no mínimo 6 meses em mulheres com ciclos irregulares. É dividida em primaria e secundaria, definidas como amenorreia antes ou depois da menacme respectivamente. Representa um sintoma e não uma doença, causada por

diversos fatores que precisam ser investigados. Em algumas situações são consideradas fisiológicas como na infância, pós-menopausa, na gestação e puerpério.

AMENORREIA PRIMARIA

Consiste na ausência de menstruação aos 14 anos associada à falha no desenvolvimento sexual (ausência de caracteres sexuais secundários) ou ausência de menstruação aos 16 anos, mesmo com desenvolvimento sexual normal.

AMENORREIA SECUNDARIA

Consiste na ausência de menstruação por seis meses ou por período equivalente a três ciclos consecutivos.

CAUSAS DE AMENORREIA E CLASSIFICAÇÃO POR COMPARTIMENTOS

Várias etiológicas estão associadas no desenvolvimento da amenorreia, sendo a menstruação regulada pelo eixo hipotálamo- hipófise e ovário, além de necessitar uma integridade anatômica do útero e vagina, qualquer alteração em um desses pontos pode resultar na sua ocorrência.

Quadro 3 - Principais causas de amenorreia, de acordo com o local acometido

ANATÔMICAS	HIPOTALÂMICA	HIPOFISÁRIA	OVARIANA	OUTRAS CAUSAS
CONGÊNITAS Agenesia mullerianas Insuf. Adrenérgica Hímen imperfurado Septo Vaginal ADQUIRIDAS Sd. de Asherman Estenose Cervical	Funcional Desordem Alimentar Infecções Estresse Sd da má absorção Trauma Tumor	Hiperprolactinemia Tumor Sela vazia Sd. de Sheehan Sd. de Cushing	Insuf. Ovariana Genética RT, QT Autoimune Infeciosa Idiopática	SOP Hiperplasia adrenal tardia Puberdade tardia D. crônicas Sd de Cushing Tu produtor de androgênio (ovariano ou adrenal)

Fonte: Adaptado de WILLIANS (2014).

Didaticamente podemos classificar de acordo com o compartimento envolvido em:

- Compartimento I: desordens do trato de saída do fluxo menstrual (uterovaginais).
- Compartimento II: desordens gonádicas (ovarianas).
- Compartimento III: desordens hipofisárias.
- Compartimento IV: desordens hipotalâmicas e do SNC.

1.3.1. INVESTIGAÇÃO DIAGNOSTICA

Avaliação clínica: Deve ser realizada uma anamnese detalhada e exame físico minucioso para abreviar a investigação da amenorreia, devendo ser investigadas as seguintes questões:

- Há presença ou ausência de caracteres sexuais secundários? A ausência sugere deficiência de estradiol.
- O crescimento de estatura é adequado? Pode estar associado a síndrome de Turner ou deficiência de GH.
- Há história familiar de puberdade tardia?
- História de estresse, uso de medicamentos, alterações de peso, doenças crônicas ou modificações de habito alimentar?
- Existe sintomas associados ao hipoestrogenismo como fogachos ou ressecamento vaginal?
- Há descarga papilar? Galactorreia é um sinal de Hiperprolactinemia
- Existe menstruação imediatamente após o parto? Nesse caso amamentou? Realizado curetagem uterina? Parto com sangramento exagerado associado a agalactia pode sugerir necrose hipofisária, como ocorre na Sd. de Sheehan, em casos de curetagem deve ser analisado a possibilidades de sinéquias associados a síndrome de Asherman.

Exame físico: Deve ser avaliado altura, peso, estagio do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e estigmas de síndromes genéticas. O exame genital deve ser sempre realizado, buscando alterações como hímen imperfurado, vagina curta ou sinais de hipoestrogenismo

Avaliação Laboratorial: Na amenorreia primaria devemos iniciar a investigação pela dosagem de FSH, avaliação do cariótipo e USG, já na amenorreia secundaria, após descartada gestação, devemos iniciar pela dosagem do FSH e prolactina, devendo ser acrescentado de acordo com a hipótese investigada.

- BhCG: É imprescindível para excluir a possiblidade de gestação.
- FSH: Dosagens baixas indicam que não está ocorrendo produção ovariana por ausência de estimulo central, caracterizando o hipogonadismo

hipogonadotrofico. Causas ovarianas cursam com aumento do FSH, enquanto causas hipotalâmicas e hipofisárias apresentam valores normais;

- Prolactina: Indicada apenas na presença de galactorreia e na suspeita de Hiperprolactinemia.
- TSH e T4L: Deve ser solicitado em casos suspeitos de tireoidopatias. O hipertireoidismo pode ser uma causa de amenorreia secundaria.

Exames de imagem: USG pélvica por via transvaginal ou abdominal para investigação dos órgãos pélvicos.

Cariótipo: Deve ser solicitado em amenorreias hipergonadotroficas e na presença de FSH normal na ausência do útero.

Teste da progesterona: Tem por finalidade avaliar simultaneamente o status estrogênico e a patência do trato genital de saída (compartimento I). É oferecido medroxiprogesterona 10 mg/dia por cinco a sete dias ou progesterona micronizada oral na dose de 300mg/dia por cinco a sete dias. Se ocorrer sangramento após dois a três dias da suspensão da progesterona podemos concluir que o trajeto genital é patente, o ovário é funcionante, pois o endométrio prolifera em resposta ao estrogênio secretado, o eixo hipófise-hipotálamo-ovariano atua adequadamente e o diagnóstico da amenorreia é anovulação. Na ausência do sangramento devemos suspeitar de causas relacionadas a produção insuficiente de estrogênio, resposta endometrial inadequada ou fator obstrutivo de saída, devendo seguir a investigação com o teste do estrogênio.

Teste do estrogênio: Administram-se estrogênios conjugados 1,25mg/dia ou estradiol 2mg/dia por 21 dias, com adição de medroxiprogesterona 10mg/dia nos últimos 5 dias. Na ocorrência de sangramento exclui as causas uterovaginais, enquanto na falta de resposta ao ciclo artificial atesta alteração do compartimento I.

1.3.1.1. SIMPLIFICANDO A INVESTIGAÇÃO DIAGNOSTICA

Alguns marcadores simplificam a investigação diagnostica e sua interpretação adequada direciona o raciocínio clinico.

Quadro 4 - Principais marcadores na investigação das amenorreias

Marcadores		Interpretação
Presença ou ausência de desenvolvimento mamário		É um marcador da ação estrogênica e função ovariana do momento
Presença ou ausência de útero		Determinado pelo exame físico, USG ou RNM. A interpretação final requer a avaliação do FSH
Nível sérico de FSH	Elevado	Falência Ovariana
	Normal e com útero ausente	Malformação mullerianas ou síndrome da insensibilidade androgênica
	Baixo ou normal com útero presente	Causas de amenorreia com eugonadismo e as causas de hipogonadismo hipogonadotrofico

Fonte: Adaptado de BARACAT (2016).

1.4. CLIMATÉRIO

Climatério é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, quando se inicia a senilidade, senescência ou senectude. A menopausa é um diagnóstico retrospectivo, definida como a interrupção permanente da menstruação, sendo definida como o último sangramento menstrual seguido de doze meses de amenorreia e dosagem de hormônio folículoestimulante (FSH) maior ou igual a 30 UI/mL, afastadas as causas patológicas ou fisiológicas. A média etária da menopausa no Brasil foi de 51,2 anos, ocorrendo geralmente entre os 40 e 55 anos. A menopausa pode ocorrer de forma natural ou de forma induzida que levem a parada da produção dos hormônios ovarianos. O conhecimento sobre essa etapa da vida feminina tem grande importância, pois a expectativa de vida vem aumentando nos últimos anos, dessa forma significa que a maioria das mulheres passara quase a metade da vida em um regime de privação estrogênica.

Quadro 5 - Entendendo conceitos

Menopausa	Diagnóstico retrospectivo, sendo o último sangramento seguido de 12 meses de amenorreia,
Menopausa espontânea	Menopausa que ocorre sem intervenção cirúrgica ou medicamentosa
Perimenopausa	Período que precede a menopausa, caracterizada por alterações no ciclo menstrual relacionadas as alterações hormonais específicas do estágio reprodutivo tardio.
Climatério	Fase referente a transição do período reprodutivo para o período não reprodutivo feminino.
Síndrome climatérica	Elenco de sintomas e sinais que podem ocorrer no climatério.

Menopausa induzida	É a parada da menstruação imediata causada por intervenção médica (quimioterapia ou terapia de irradiação pélvica) ou intervenção cirúrgica
Menopausa precoce	Ocorrência da menopausa na idade inferior a 2 desvios-padrão da idade estimada para a população de referência.

Fonte: Adaptado de LOPES (2015).

1.4.1. DIAGNOSTICO

É essencialmente clínico. Na fase precoce predominam os sintomas menstruais e vasomotores, em uma fase intermediaria os distúrbios urogenitais e sexuais e numa fase tardia as alterações cardiovasculares, ósseas e senis. Do ponto de vista laboratorial é caracterizado pelo aumento do FSH (valores acima de 30 UI/L) mais precoce que o LH e a queda dos níveis de estriol, com valores médios no pós-menopausa de 10 a 20 pg/mL.

1.4.2. QUADRO CLÍNICO

É decorrente da diminuição dos hormônios esteroides produzidos pelos ovários: progesterona, estradiol e estrogênios. Geralmente é associado a alterações físicas e emocionais que quando surgem são caracterizadas como síndrome climatérica. Os sintomas do climatério sofrem influência de inúmeros fatores de ordem biológica, aspectos psicológicos e aspectos sociais. Dentre eles, destacam-se os sintomas vasomotores, como fogachos e sudorese, a atrofia genital, que podem levar a dispaurenia e ressecamento vaginal, e os transtornos psicológicos, como transtornos de humor e do sono. Estes sintomas podem provocar prejuízo pessoal e implicação social de grande importância. A sintomatologia geralmente tem início alguns anos antes da menopausa e podem durar por anos. Os sintomas vasomotores são caracterizados principalmente pelos fogachos, que tem início súbito e duração entre 2 e 4 minutos, podendo ser associados a palpitação e sudorese, podendo ocorrer também durante o sono, diminuindo a qualidade de vida da paciente. A síndrome geniturinária da menopausa é caracterizada por atrofia genital e alterações urinárias. Os sintomas relacionados a síndrome são dor vulvar, prurido, ressecamento vaginal, dispaurenia, sinusiorragia, disúria, urgência miccional e infecções urinárias recorrentes. Em relação a sexualidade da mulher no climatério, as alterações que ocorrem na mulher que vivencia o climatério, mesmo com sintomas de intensidades diferentes, geram consequências que podem afetar o seu bem-estar geral. Essas modificações não necessariamente irão provocar a diminuição do prazer, mas poderá influenciar diretamente na sua resposta sexual, tornando-a mais lenta e menos prazerosa podendo causar insatisfação sexual.

1.4.3. TRATAMENTO

A terapia para o climatério deve ser individualizada a partir dos riscos e benefícios que a mesma trará para o paciente. Existe os métodos hormonais e não hormonais, em diversas formas de apresentações. Além disso deve ser estimulada uma melhor qualidade de vida, com a pratica de exercícios físicos e melhor alimentação.

1.4.3.1. TERAPIA HORMONAL (TH)

Envolve uma gama de hormônios, diferentes vias de administração e doses, e ainda, esquemas diversos. Os riscos e benefícios da TH difere entre as mulheres na transição da menopausa quando comparadas aquelas com muitos anos de menopausa. O início da TH em pacientes com mais de 10 anos de menopausa está associado a aumento do risco cardiovascular. Por outro lado, se iniciada em pacientes na peri ou pós-menopausa inicial, a TH pode diminuir o risco cardiovascular, conceito conhecido como “janela de oportunidade”. O estudo *Women’s Health Initiative* (WHI) demonstra que as mulheres que mais tiveram benefício da TH são aquelas com idade entre 50 e 59 anos ou com menos de 10 anos de menopausa.

As principais indicações da TH são para o tratamento dos sintomas vasomotores e da atrofia vulvovaginal e a prevenção da osteoporose e fraturas osteoporóticas.

Sintomas vasomotores: Ondas de calor e sudorese noturna são frequentes na peri e pós-menopausa, acometendo 80% das mulheres. Seu tratamento é indicação primaria de TH, especialmente em mulheres com menos de 60 anos e com menos de 10 anos de menopausa

Atrofia vulvovaginal: Decorre da redução do estrógeno nos tecidos da vulva e vagina. Acomete 50% das mulheres na pós-menopausa. O objetivo do tratamento é o alivio do ressecamento vaginal. Os estrogênios tópicos vaginais são os mais eficazes no tratamento, provocando o crescimento celular vaginal, maturação celular e a descolonização dos lactobacilos, aumento do fluxo sanguíneo vaginal, diminuição do pH vaginal para valores da menacme, melhora da espessura e elasticidade vaginal e da resposta sexual.

Perda da massa óssea: A TH é eficaz na prevenção de massa óssea no pós-menopausa e na redução da incidência de fraturas relacionadas a osteoporose, incluindo fraturas de quadril e vertebrais.

Sintomas urinários: Tem benefício sobre os sintomas de urgência urinária, bexiga hiperativa e risco de infecção urinaria recorrente em mulheres com atrofia genital, pois apresenta efeito proliferativo no epitélio ureteral e da bexiga.

Quadro 4 - Contraindicações à terapia hormonal

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS
Antecedentes pessoais de câncer de mama e/ou endométrio recente	Tromboembolismo prévio
Tromboembolismo agudo	Doença coronariana
Sangramento transvaginal de origem indeterminada	Diabetes mellitus / Hipertensão arterial
Doenças hepáticas ativas e graves	Mioma uterino e endometriose
Porfiria	Lúpus eritematoso sistêmico

Fonte: Adaptado de LUCENA (2018).

1.4.3.2. TERAPEUTICA ESTROGÊNICA ISOLADA E COMBINADA

A TH pode ser dividida em duas categorias: estrogênica isolada e estroprogestacional, conhecida como combinada.

A adição da progesterona para pacientes com útero é necessária para proteção endometrial, contrabalançando os efeitos proliferativos do estrogênio e diminuindo o risco de hiperplasia e câncer endometrial.

Quadro 5: Estrogênios: doses e vias de administração

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
VIA ORAL	
Estrogênios conjugados equinos (EEC)	0,3 – 0,45 – 0,625 – 1,25 mg/dia
17 beta estradiol micronizada (E2)	1 – 2 mg/dia
Valerato de estradiol (VE)	1 – 2 mg/dia
Estriol (E3)	2 – 6 mg/dia
VIA TRANSDÉRMICA	
Estradiol transdérmico (E2)	25-37,5–50–75–100 mcg/dia cada 3 d e meio
Estradiol gel (E2)	1,5 – 3,0 mg/dia
VIA NASAL	
Estradiol intranasal (E2)	300 ug/dia
VIA SUBCUTÂNEA	
Estradiol implante (E2)	25 mg cada 6 meses
VIA VAGINAL	
Estrogênios conjugados (EEC)	0,625 mg/dia
Estriol (E3)	1-2 mg/dia
Promestrieno	10 mg/dia

Fonte: Adaptado de LUCENA (2018).

Quadro 7: Progestagênios: doses e vias de administração

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
VIA ORAL	
Acetato de medroxiprogesterona (AMP)	1,5 – 2,5 – 5,0 - 10 mg/dia
Acetato de ciproterona (AC)	1-2 mg/dia
Acetato de noretisterona (NETA)	0,35 – 0,5 – 0,7 - 1,0 mg/dia
Acetato de nomegestrol (ANG)	2,5 – 5,0 mg/dia
Didrogesterona	5,0 – 10 mg/dia
Drospierenona	2,0 mg/dia
Norgestimato	90 mcg 3 dias sim / 3 dias de pausa
Gestodeno	25 mcg/dia
Progesterona micronizada	100-200-300 mg/dia
Trimegestona	0,25 – 0,5 mg/dia
VIA TRANSDÉRMICA	
Acetato de noretisterona (NETA)	140 – 170 - 250 mcg/dia cada 3 dias e meio
VIA VAGINAL	
Progesterona micronizada	50 -100 -200 -300 mg

Fonte: Adaptado de LUCENA (2018).

Tibolona: Considerada uma forma de TH, porem com características próprias. É um esteroide sintético, derivado do 19- nortestosterona, com propriedades progestogênicas (1/8 do acetato de norestiterona), estrogênica (1/10 de etinilestradiol) e androgênica (1/50 da metiltestosterona). Empregada para alivio dos sintomas climatéricos e da atrofia vulvovaginal, e na prevenção da perda óssea e fratura osteoporóticas. Em mulheres no pos-monopausa possui efeito positivo sobre a sexualidade, bem-estar e o humor. Estudos mostram que a Tibolona não estimula a proliferação mamaria e não aumenta a densidade mamográfica, com baixa incidência de mastalgia.

Terapia hormonal bioidêntica: É aquela que se faz por meio de hormônios com estrutura química idêntica à observada naqueles produzidos naturalmente pela mulher. Ainda são medicamentos novos que precisam de maiores estudos sobre segurança quando comparados a outras formas de TH.

Fito estrogênios: são substâncias encontradas nos vegetais e que possuem atividade semelhante aos estrogênios, vez que possuem a sua estrutura molecular semelhante. Os fitos estrogênios mais frequentes na dieta são as isoflavonas, os lignanos e cumestranos. Os resultados dos estudos que avaliaram os fogachos são discrepantes, ora mostrando redução, ora mostrando que os sintomas permanecem inalterados. Com relação à massa óssea, os resultados dos estudos também divergem. Até o momento não se dispõe de resultados consistentes que demonstrem redução no risco de fraturas com uso de fito estrogênios. Não

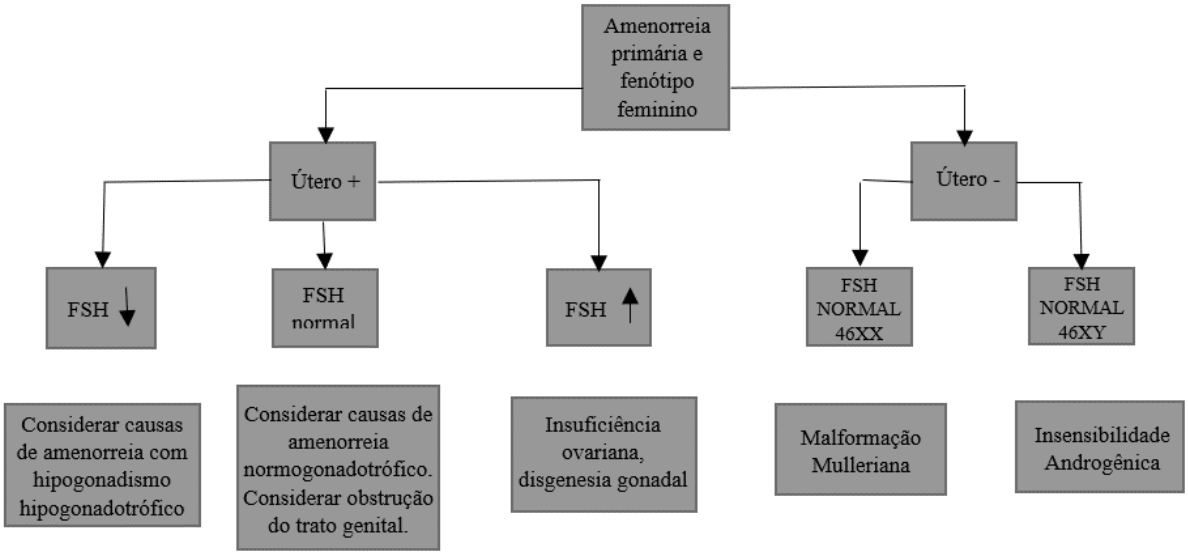
se dispõe também de estudos que possam atestar a sua segurança quando empregados por longos períodos

Terapia não farmacológica ou comportamental: Mudanças do habito de vida e acupuntura.

Terapia farmacológica não hormonal: O cloridrato de venlafaxina, um inibidor da receptação de serotonina e de noradrenalina, têm se mostrado eficaz no alívio dos sintomas vasomotores em doses que podem variar de 25 a 150 mg/dia. Igualmente, os inibidores seletivos de receptação de serotonina, como a paroxetina e a fluoxetina nas doses de 20 mg/dia parecem ter boa eficácia.

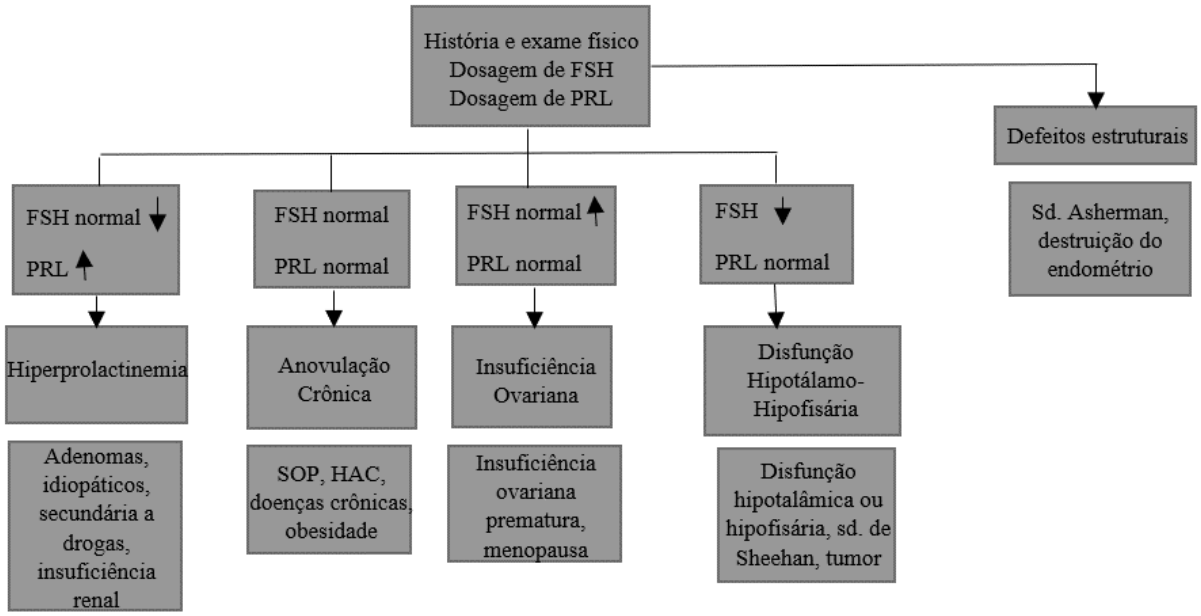
FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: Investigação de amenorreia primaria



Fonte: Adaptado de BRASIL (2016).

Fluxograma 2: Investigação de amenorreia secundaria



Fonte: Adaptado de BRASIL (2016).

2. TESTANDO OS CONHECIMENTOS

1 - (UFRN – 2020) - O sangramento uterino anormal (SUA) é um distúrbio em que um ou mais dos parâmetros do sangramento uterino normal está alterado, como a quantidade, a duração ou a frequência. Ele também é definido como perda menstrual excessiva, com repercussões físicas, emocionais, sociais e materiais na qualidade de vida da mulher, podendo ocorrer isoladamente ou em combinação com outros sintomas. O SUA é uma condição em que

A) pólipos endometriais em mulheres na peri e pós-menopausa, quando sintomáticos, apresentam como manifestação clínica mais comum o sangramento uterino anormal.

B) a sintomatologia, na adenomiose, é variável, destacando-se dor pélvica, fluxo menstrual de pequena duração na fase lútea e dependente da profundidade do miométrio atingido.

C) qualquer alteração dos mecanismos de coagulação pode ocasioná-lo, sendo as causas mais comuns a purpura trombocitopênica e as leucemias.

D) o endométrio sofre um processo inflamatório, promovendo o encurtamento da fase lútea no menacme, causando uma perda sanguínea mais volumosa.

2 - (UFRN – 2020) T.C.A.F., 54 anos, procura atendimento médico no ambulatório de ginecologia por apresentar, há três meses, sangramento vaginal esporádico em pequena

quantidade. A paciente faz uso de terapia hormonal (TH) combinada com estrogênio e progesterona, transdérmica, há 3 anos. Apresenta ultrassonografia transvaginal (USG) recente, que mostra endométrio homogêneo com 12 mm de espessura e miométrio sem anormalidades. Diante desse caso, a conduta a ser tomada pelo ginecologista será

A) aumentar a dose da progesterona.

B) aumentar a dose do estrogênio.

C) realizar biópsia do endométrio.

D) trocar a via de administração da TH.

3 - Paciente 56 anos, menopausa há 5 anos. Sem fogachos. Com queixa de dispaurenia e secura vaginal, além de urgência miccional. Nega comorbidades. Histórico familiar negativo para neoplasias. Não fumante. Qual a recomendação (com grau de evidência 1A) de tratamento para esta paciente?

A) Lubrificante vaginal.

B) Terapia hormonal transdérmica.

C) Terapia hormonal vaginal.

D) Terapia hormonal oral.

Gabarito: 1: A – 2: C – 3: C

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARACAT, Edmund Chada. Condutas em Ginecologia Baseadas em Evidencias: Protocolos Assistenciais Clínica Ginecológica do Hospital das Clinicas. FMUSP. São Paulo: Atheneu, 2016.

BEREK, Jonathan S. Tratado de Ginecologia Berek & Novak. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

LOPES, Reginaldo Guedes Coelho. Condutas em Ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.

LUCENA A.F.; et al. Sistema de gestão da qualidade. Protocolo Clínico. CLIMATÉRIO. [Sobral]: Universidade Federal do Ceará, MEAC, EBESRH, 2018

PASSOS, Eduardo Pandolfi. Rotinas em Ginecologia. 7 ed.[S.I.]: Artmed, 2017.

ROSSOUW, Jacques E. et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA. 2002;288(3):321-337

SANTOS, Luiz Carlos; MENEZES, Telma Cursino; FERREIRA, Ana Laura G. Ginecologia ambulatorial baseada em evidências. IMIP. Rio de Janeiro: Meedbook, 2011.

SILVEIRA, Gustavo Py Gomes da. Ginecologia baseada em evidências. 3 ed. [S.I.]: Atheneu, 2012

WILLIANS. Ginecologia de Willians. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CAPÍTULO X

PLANEJAMENTO FAMILIAR

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-10

Autor(a): Isabela de Paula Nóbrega
Coautores: Ana Clara de Souza Correa
Gefferson Dias Teixeira
Samuel da Costa Fernandes
Orientador(a): José Juvenal Linhares

1. INTRODUÇÃO

O planejamento gestacional é o artifício que permite ao casal decidir acerca do número de filhos e do intervalo interpartal desejados, de forma programada e consciente, e é um dos muitos componentes dentro da agenda do planejamento familiar. A contracepção ou anticoncepção corresponde ao uso de métodos e procedimentos com o objetivo de evitar que o relacionamento sexual resulte em uma gestação e é uma das estratégias dentro do planejamento familiar.

Devido a sua elevada prevalência dentro da atenção primária a saúde, essa temática é de extrema relevância dentro do cuidado reprodutivo. Desse modo, é função do médico de família e comunidade auxiliar na escolha do método mais compatível com os interesses e necessidades daquele indivíduo ou núcleo familiar.

Os métodos contraceptivos podem ser classificados de diversas formas, assim como exposto na TABELA 1:

Tabela 1 – Classificação dos métodos contraceptivos

Reversíveis	Definitivos
Naturais	Esterilização cirúrgica feminina
De barreira	Esterilização cirúrgica masculina
Dispositivos intrauterinos	
Hormonais	
De emergência	

Fonte: Adaptado de FINOTTI (2015).

2. MÉTODOS NATURAIS

Em geral, esses métodos são utilizados tendo como referencial o período fértil da paciente, sendo importante o acompanhamento de sinais indicativos de fertilidade.

2.1. MÉTODO RÍTMICO (TABELINHA OU OGINO-KNAUS)

Esse método determina uma janela temporal, na qual as relações sexuais com penetração vaginal devem ser evitadas. A regra utilizada para a determinação desse intervalo consiste em subtrair 18 unidades do menor ciclo menstrual, estimando, assim, o primeiro dia do período fértil, e 11 unidades do maior ciclo, estimando o último dia do período fértil, contando pelos últimos seis ciclos menstruais. Nesse caso, a eficácia do método varia de acordo com a regularidade do ciclo menstrual da paciente.

2.2. MÉTODO DO MUCO CERVICAL

Esse método tem como base o aspecto do muco cervical e suas modificações durante o ciclo menstrual, em decorrência da ação hormonal. Na fase ovulatória do ciclo, o muco, por ação do estrogênio (pico pré-ovulatório do estrogênio), torna-se progressivamente mais elástico e lubrificante, com aspecto de clara de ovo, momento em que as relações sexuais devem ser evitadas, com uma janela de tempo que deve se estender até 4 dias após o ápice desse padrão. As relações sexuais penetrativas podem ser mantidas dessa data até nova percepção de umidade vaginal.

Cabe a mulher conferir diariamente, múltiplas vezes por dia, a consistência e aspecto do seu muco cervical. Antes da adoção desse método, recomenda-se ainda que a paciente observe com cautela as características dele, durante outros ciclos, de forma a tornar-se familiarizada com sua aparência.

2.3. COITO INTERROMPIDO

Essa estratégia consiste na retirada do pênis, de dentro da vagina, para que a ejaculação possa ocorrer no meio externo. Para que seja adotada é necessária boa comunicação entre os envolvidos e um bom controle do indivíduo com pênis. Apesar da sua ampla utilização, há alta possibilidade de falha, uma vez que espermatozoides podem estar presentes no líquido que é eliminado antes da ejaculação.

2.4. TEMPERATURA BASAL

Esse método utiliza como referência a elevação da temperatura provocada pela liberação de progesterona após a ovulação. A presença do hormônio implica em um aumento de 0,2-0,5 ºC na temperatura corporal. Desse modo, recomenda-se que a paciente verifique sua temperatura ao acordar, todos os dias, sempre no mesmo horário e que o período de abstenção dure do primeiro dia do ciclo menstrual, até 4 dias após a percepção do aumento da temperatura.

2.5. MÉTODO SINTOTÉRMICO

Baseado na combinação de diferentes indicadores de ovulação, esse método funciona unindo a análise do muco cervical, o controle da temperatura basal, o método da tabelinha e a presença de parâmetros subjetivos que possam indicar fertilidade.

2.6. LACTAÇÃO E AMENORREIA (LAM)

Apenas nos 6 primeiros meses pós-parto, a amamentação exclusiva, em regime de livre demanda, sem retornos, pode ser utilizada como método contraceptivo. É de fundamental importância, para a garantia de eficácia, que a amamentação seja frequente (livre demanda) e exclusiva e que a mãe esteja em amenorreia.

3. DE BARREIRA

São assim chamados os métodos responsáveis por impedir a fecundação, evitando a progressão dos espermatozoides para a cavidade uterina. Serão detalhados aqui os mais utilizados no país.

3.1. PRESERVATIVOS

Estão disponíveis os preservativos internos (vaginal) e externo (peniano) e sua utilização é essencial e deve ser estimulada, independente do uso de outros métodos associados, uma vez que possuem a função adicional de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). O preservativo externo de látex ainda é o método mais acessível para prevenção dessas infecções, principalmente devido ao seu custo e disponibilidade mercadológica. A correta utilização dos preservativos é essencial para uma proteção eficiente e devem ser fornecidas as orientações sobre ela, uma vez que esses métodos estão diretamente envolvidos na prática/hábito sexual dos envolvidos.

3.2. DIAFRAGMA

Esse método contraceptivo tem o aspecto de uma cúpula côncava flexível e a sua prescrição deve ser acompanhada de orientações cuidadosas sobre a sua colocação, posicionamento e retirada, essenciais para evitar a falha. Ademais, é função do profissional de saúde experiente a avaliação das medidas da paciente para determinação do tamanho adequado do dispositivo. Para seu uso correto, o diafragma deve ser inserido no canal vaginal, recobrindo o colo uterino, após o esvaziamento da bexiga e, idealmente, um espermicida deve ser utilizado conjuntamente em todas as relações sexuais. Atualmente, a substância mais utilizada com esse fim é o nonoxinol-9. Por fim, a retirada do diafragma deve ser realizada após um período mínimo de seis a oito horas da última ejaculação vaginal.

4. HORMONAIS

Métodos contraceptivos contendo hormônios em sua composição estão disponíveis em diferentes associações e formas de administração. Eles podem ser encontrados com formulações tanto a base de estrogênios e progestagênios combinados como com progestagênios isolados.

Os principais estrogênios sintéticos utilizados são o etinilestradiol (EE), o enantato de estradiol e o valerato de estradiol. O EE está presente na maioria dos anticoncepcionais orais combinados, bem como nos adesivos transdérmicos e no anel vaginal hormonal, utilizados no Brasil. Já no tocante aos progestagênios, existe grande diversidade disponível no país. As principais derivações são a partir da 19-nortestosterona, 17-alfa-hidroxiprogesterona (17-OH-P) e análogo da espironolactona. É de extrema relevância que sejam considerados os mecanismos de ação dos progestagênios em questão, para que possa haver satisfação da paciente quanto aos resultados obtidos. Alguns dos efeitos dos principais progestagênios estão expostos na TABELA 2.

Tabela 2 – Tabela comparativa das ações dos progestagênios

	Androgênica	Antiandrogênica	Antimineralocorticoide
Levonorgestrel	+	-	-
3-ceto-desogestrel	+	-	-
Gestodeno	+	-	+
Acetato de Ciproterona	-	++	-
Drospirenona	-	+	+
Dienogeste	-	+	-
Acetato de Medroxiprogesterona	+/-	-	-

	Androgênica	Antiandrogênica	Antimineralocorticoide
Acetato de Clomardinona	-	+	-

+ Forte; +/- Moderada; - Fraca
Fonte: Adaptado de VIGO; LUBIANCA; CORLETA (2011).

4.1. ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS

Esse método, disponível nas mais diversas formulações, possui boa eficácia quando utilizado corretamente. Com relação à distribuição hormonal nas pílulas, os contraceptivos orais combinados podem ser divididos em monofásicos, trifásicos e bifásicos. Os monofásicos correspondem a maioria dos representantes disponíveis no mercado. Podem ser encontrados em embalagens contendo 21 ou 22 comprimidos ativos, com a o mesmo conteúdo e dosagem. Alguns laboratórios disponibilizam ainda 6 ou 7 comprimidos de placebo, totalizando 28 na cartela. Os bifásicos contêm dois tipos de comprimidos ativos, com proporções diferentes dos mesmos esteroides, enquanto os trifásicos contêm três tipos de comprimidos ativos, também contendo os mesmos hormônios, em diferentes dosagens.

Para a prescrição desse método é essencial que sejam identificados e considerados os fatores de risco e as contraindicações ao seu uso, de acordo com os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), dispostos na TABELA 3. Ademais, é importante que o profissional médico conheça a formulação e a dosagem dos hormônios presentes, bem como o tipo de progestágeno, cujos efeitos devem ser discutidos com a paciente, para que se atinjam seus desejos e interesses no emprego do método de escolha.

Tabela 3 – Critérios de elegibilidade para o uso dos métodos contraceptivos hormonais

Condições	ACO/ Anel vaginal/ Adesivo transdérmico	Injetável mensal	PP	Injetável trimestral	Implante
Pós-parto < 6 semanas + amamentação	4	4	2	3	2
Pós-parto ≥ 6 semanas e < 6 meses + amamentação	3	3	1	1	1
Pós-parto < 21 dias, sem amamentação e sem fatores de risco para tromboembolismo venoso (TEV)	3	3	1	1	1

Condições	ACO/ Anel vaginal/ Adesivo transdérmico	Injetável mensal	PP	Injetável trimestral	Implante
Pós-parto < 21 dias, sem amamentação e com fatores de risco para TEV	4	4	1	1	1
Pós-parto ≥ 21-42 dias, sem amamentação, com fatores de risco para TEV	3	3	1	1	1
Tabagismo, ≥ 35 anos de idade e < 15 cigarros/dia	3	2	1	1	1
Tabagismo, ≥ 35 anos de idade e ≥ 15 cigarros/dia	4	3	1	1	1
Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (ex: idade avançada, tabagismo, diabetes, hipertensão e dislipidemias)	3/4	3/4	2	3	2
Histórico de hipertensão (incluindo hipertensão gestacional), em situação de impossibilidade de avaliação da pressão arterial	3	3	2	2	2
Hipertensão controlada	3	3	1	2	1
Hipertensão não controlada 140-159/90-99 mmHg	3	3	1	2	1
Hipertensão não controlada ≥ 160/100 mmHg	4	4	2	3	2
Hipertensão arterial associada a doença vascular	4	4	2	3	2
Manutenção do método em paciente com enxaqueca sem aura < 35 anos	3	3	2	2	2
Iniciar método em paciente com enxaqueca sem aura ≥ 35 anos	3	3	1	2	2
Manutenção do método em paciente com enxaqueca sem aura ≥ 35 anos	4	4	2	2	2
Enxaqueca com aura em qualquer idade	4	4	2 (I) 3(C)	2 (I) 3(C)	2 (I) 3(C)
Diabetes mellitus (DM) + nefropatia /retinopatia/ neuropatia	3/4*	3/4*	2	3	2
Outras doenças vasculares ou DM > 20 anos de duração	3/4*	3/4*	2	3	2

Condições	ACO/ Anel vaginal/ Adesivo transdérmico	Injetável mensal	PP	Injetável trimestral	Implante
História de trombose venosa profunda (TVP) ou de embolia pulmonar (EP)	4	4	2	2	2
Quadro agudo de TVP/ EP	4	4	3	3	3
TVP/ EP em uso de terapia anticoagulante	4	4	2	2	2
Grande cirurgia c/ imobilização prolongada	4	4	2	2	2
Mutações trombogênicas conhecidas	4	4	2	2	2
História/ doença cardíaca isquêmica atual	4	4	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)
História/ acidente vascular cerebral atual	4	4	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)
Doença valvar cardíaca complicada	4	4	1	1	1
Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolípide positivo ou de status desconhecido	4	4	3	3	3
Lúpus eritematoso sistêmico com trombocitopenia severa	2	2	2	3 (I) 2 (C)	2
Sangramento vaginal de origem inexplicada	2	2	2	3	3
Câncer de mama atual	4	4	4	4	4
Câncer de mama passado, sem evidência de doença atual há 5 anos	3	3	3	3	3
Doença da vesícula biliar atual ou tratada com medicamentos	3	2	2	2	2
História de colestase relacionada a ACO	3	2	2	2	2
Iniciar uso em paciente c/ hepatite viral aguda	3/4	3	1	1	1
Cirrose hepática severa (descompensada)	4	3	3	3	3
Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	3
Hepatoma maligno	4	¾	3	3	3
Fenitoína/ Carbamazepina/ Primidona/ Barbitúricos/ Oxcarbazepina Topiramato	3	2	3	1/2	2
Lamotrigina	3	3	1	1	1
Rifampicina	3	2	3	½	2

Condições	ACO/ Anel vaginal/ Adesivo transdérmico	Injetável mensal	PP	Injetável trimestral	Implante
ACO = anticoncepcional oral combinado; PP = pílula de progesterona; I = iniciar; C = continuar * Avaliar de acordo com a gravidade do problema Categoria 1 – Método pode ser utilizado sem restrições; Categoria 2 – Os benefícios superam os riscos; Categoria 3 – Os riscos superam os benefícios; Categoria 4 – Risco inaceitável a saúde					

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2015).

4.2. ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS INJETÁVEIS

Utilizado em regime mensal, esse método bastante eficaz tem características semelhantes às do anticoncepcional oral combinado, entretanto, por utilizar um estrogênio natural associado a uma progesterona sintética, podem existir diferenças quanto a intensidade dos seus efeitos colaterais. Ademais, ele permite uma rápida recuperação da fertilidade quando comparado com o injetável trimestral de progesterona, em geral, de 2 a 3 meses após a suspensão da sua administração. As 3 principais formulações encontradas no Brasil são o Enantato de Noretisterona 50 mg + Valerato de Estradiol 5 mg; o Acetato de Medroxiprogesterona 25 mg + Cipionato de Estradiol 5 mg e a Algestona Acetofenida 150 mg + Enantato de Estradiol 10 mg.

4.3. ADESIVOS TRANSDÉRMICOS

Esse dispositivo funciona a base da absorção cutânea de uma combinação de etinilestradiol (EE) e de norelgestromina (NGMN), constituindo alternativa para os casos em que os anticoncepcionais orais combinados se tornam inviáveis, como na vigência de intolerância gastrointestinal. Quanto ao seu uso, a troca do adesivo deve ser realizada semanalmente, de forma consecutiva, por 3 semanas e, após findado esse período, deve ser realizada a retirada do 3º adesivo para aguardar o sangramento de privação. Por conta da sua via de absorção, esse método pode apresentar redução da eficácia em mulheres que possuem peso corporal a partir de 90 Kg, não sendo recomendado seu emprego nesse grupo.

4.4. ANEL VAGINAL HORMONAL

Esse anel flexível contém 2,7 mg de etinilestradiol e 11,7 mg de etonogestrel e tem como vantagem a ausência da necessidade de uma troca diária. Sua utilização deve ser realizada de forma contínua por 21 dias, momento no qual deve ser retirado. Após uma pausa de uma semana, intervalo quando ocorrerá o sangramento mensal, um novo anel deve ser

colocado para que seja dado início a um novo ciclo. É importante ressaltar ainda a necessidade do uso combinado de métodos de barreira durante os primeiros 7 dias após a introdução do método, a qual deve acontecer do primeiro ao quinto dia do ciclo menstrual.

No tocante aos progestagênios isolados, é importante salientar a existência de diferentes critérios de elegibilidade para seu uso, também descritos na TABELA 3. As principais apresentações e formulações disponíveis no país serão mencionadas a seguir:

4.5. PÍLULAS DE PROGESTAGÊNIOS

Também chamado de minipílula, esse método é uma composição que contém baixas concentrações de progestagênios. No Brasil as principais formulações disponíveis são a base de acetato de noretisterona, linestrenol, levonorgestrel e desogestrel e o seu uso é feito por via oral, de forma contínua, devendo ser realizado, no mesmo horário, diariamente, de forma rigorosa. O fato de não conter um estrogênio o torna viável para ser utilizado em situações nas quais o contraceptivo hormonal combinado estaria contraindicado, com destaque para seu uso como alternativa durante a amamentação, momento no qual sua eficácia contraceptiva é maior. É importante destacar que, após o período de lactação, esse método torna-se menos eficaz do que grande parte dos demais métodos hormonais.

Ademais, existem algumas distinções entre a pílula que contém desogestrel e as demais minipílulas, visto que a primeira, capaz de inibir a ovulação na maioria dos ciclos, possui maior eficácia e permite atrasos de até 12 horas, sem prejuízo a sua ação. Dessa forma, o produto a base de desogestrel está mais indicado para pacientes fora do período de amamentação do que os demais anticoncepcionais orais apenas de progestagênio.

4.6. IMPLANTE SUBDÉRMICO

Os implantes subdérmicos são contraceptivos a base de progestagênios e constituem uma alternativa vantajosa para mulheres com contraindicações aos métodos hormonais combinados. Atualmente, o modelo mais comercializado no Brasil é a base de etonogestrel, mas estão disponíveis implantes com variadas composições. Esse método também apresenta a vantagem de grande durabilidade, podendo o modelo de etonogestrel permanecer no organismo por até três anos. Ele ainda é associado a rápida reversibilidade, com retorno imediato à fertilidade após a remoção do dispositivo.

4.7. TRIMESTRAL INJETÁVEL

O principal contraceptivo injetável com composição exclusiva de progestagênio no Brasil é o acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMP-D). Sua liberação ocorre de forma lenta e a reaplicação só precisa ser novamente realizada após 90 dias, por via intramuscular, vantagem no que diz respeito a outros métodos contraceptivos que exigem maior disciplina da usuária. Tem como vantagens ainda a sua boa eficácia e disponibilidade, além da indução de amenorreia na maioria das pacientes, após os primeiros anos, recurso que pode ser utilizado no manejo de condições como menorragia. Ademais, por ser um método que contém apenas progestagênio, pode ser usado em pacientes com contraindicações ao estrogênio. Suas principais desvantagens dizem respeito ao possível risco de redução da densidade mineral óssea e alterações do metabolismo lipídico, além da queixa de ganho de peso. Podem estar presentes ainda sangramentos irregulares, acne, redução da libido, cefaleia, entre outras queixas. É importante ressaltar que existe uma demora, em torno de nove meses, após a descontinuação do método, para a retomada da fertilidade, fator que deve ser considerado no momento da escolha do contraceptivo.

5. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Os dispositivos intrauterinos (DIUs) são objetos flexíveis, de dimensões variadas que, ao serem inseridos na cavidade uterina, exercem função contraceptiva, podendo ou não conter a presença de hormônios. Aqui serão abordados o DIU de cobre e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG).

5.1. DIU DE COBRE

É indicado para mulheres que procuram métodos reversíveis de longa duração, uma vez que podem permanecer no organismo de 10 (TCu-380 A) a 5 anos (MLCu-375), de acordo com o modelo utilizado. Esse método pode ser ainda uma alternativa na presença de contraindicações ao uso de estrogênio ou em situações nas quais o profissional de saúde identifica um uso inadequado do método atual e orienta a sua substituição. As principais contraindicações relativas (categoria 3) e absolutas (categoria 4) para introdução desse método estão dispostas na TABELA 4, segundo os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015):

Tabela 4 – Contraindicações ao uso do diu de cobre

Contraindicações relativas	Contraindicações absolutas
De ≥ 48 horas a < 4 semanas de pós-parto	Gravidez
Iniciar o uso em paciente com lúpus eritematoso sistêmico (LES) associado a trombocitopenia severa	Sepse puerperal
Iniciar o uso em paciente com câncer ovariano	Iniciar o uso em paciente c/ sangramento vaginal de origem inexplicada
Doença trofoblástica gestacional com níveis decrescentes ou indetectáveis de β-hCG	Doença trofoblástica gestacional maligna ou com níveis persistentemente elevados de β-hCG
Iniciar o uso em paciente com risco aumentado para ISTs	Imediatamente após aborto séptico
Iniciar o uso em paciente nos estágios clínicos 3 ou 4 de HIV (OMS)	Iniciar o uso em paciente com câncer cervical ou endometrial
Manutenção do dispositivo na presença de tuberculose pélvica	Miomas com distorção da cavidade uterina
	Anormalidades anatômicas com distorção da cavidade uterina
	Iniciar o uso em paciente com doença inflamatória pélvica (DIP) atual
	Iniciar o uso na presença de cervicite purulenta ou infecção atual confirmada por clamídia ou gonorreia
	Iniciar o uso na presença de tuberculose pélvica

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2015).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FINOTTI, 2015) traz ainda, com relação ao uso do método, a alergia ao cobre como contraindicação absoluta e a imunodepressão, por estágios avançados de HIV ou decorrente do uso de corticoides, como contraindicação relativa.

Entre seus possíveis efeitos colaterais estão alterações no ciclo menstrual, incluindo o aumento da intensidade e duração do fluxo, presença de sangramentos de escape, bem como aumento da dismenorreia. Dessa forma, pode ser necessária a procura por alternativas naquelas pacientes com queixas prévias relacionadas.

5.2. SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG)

Os sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel são dispositivos de longa duração e de elevada taxa de eficácia que atuam localmente, levando a atrofia endometrial. Uma das consequências do seu mecanismo de ação é a amenorreia ou oligomenorreia,

resultado que pode ser útil no manejo de determinadas condições associadas a menorragia e algumas causas de sangramento uterino anormal.

Atualmente, estão disponíveis, no mercado brasileiro, dois dispositivos intrauterinos hormonais: o DIU Mirena® e o DIU Kyleena®, cujas diferenças de maior relevância residem nas suas dimensões e dosagens hormonais. Algumas das principais características de ambos os dispositivos estão expostas na TABELA 5.

Tabela 5 – Principais diferenças entre os Sius Kyleena® e Mirena®

	Kyleena®	**Mirena®**
Indicações	Contracepção por até 5 anos	Contracepção por até 5 anos, tratamento de sangramento uterino anormal idiopático, proteção endometrial durante a terapia de reposição de estrogênio
Índice de Pearl	0,29*	0,20
Quantidade total de levonorgestrel (LNG)	19,5 mg	52,0mg
Taxa média de liberação de LNG in vivo durante o primeiro ano de uso	12 µg/24 horas	20 µg/ 24 horas
Tamanho da estrutura em T	28 mm x 30 mm	32 mm x 32mm
Espessura	1,55 mm	1,90 mm
Diâmetro do tubo de inserção	3,8 mm	4,4 mm

*Índice de Pearl em 5 anos

Fonte: Adaptado de CHAPLIN (2018), GEMZELL-DANIELSSON et al. (2017), KYLEENA® (2020), MIRENA® (2013).

O procedimento para a sua colocação é semelhante ao utilizado para a inserção do DIU de cobre, mas é importante que o profissional responsável por sua realização passe por treinamento adequado, considerando as particularidades de cada dispositivo. Ademais, alguns efeitos adversos e complicações, apesar de bastante infrequentes, podem ocorrer após sua inserção, como sangramentos anormais, dor, perfuração uterina, infecções, gravidez ectópica e tópica e expulsão do dispositivo, e devem ser discutidos com a paciente previamente, de forma a orientá-la a procurar por ajuda na suspeita ou vigência dessas ocorrências.

Por fim, as principais contraindicações relativas (categoria 3) e absolutas (categoria 4) para introdução desse método estão dispostas na TABELA 6, segundo os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015).

Tabela 6 – Contraindicações ao uso dos sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel*

Contraindicações relativas	Contraindicações absolutas
De ≥ 48 horas a < 4 semanas de pós-parto	Gravidez
Quadro agudo de trombose venosa profunda (TVP) ou de embolia pulmonar	Sepse puerperal
Manutenção do dispositivo em pacientes com doença cardíaca isquêmica atual/histórico positivo	Imediatamente após aborto séptico
Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolípide positivo ou de status desconhecido	Iniciar o uso em paciente com sangramento vaginal de origem inexplicada
Manutenção do dispositivo em pacientes com enxaqueca com aura, em qualquer idade	Doença trofoblástica gestacional maligna ou com níveis persistentemente elevados de β-hCG
Doença trofoblástica gestacional com níveis decrescentes ou indetectáveis de β-hCG	Iniciar o uso em paciente com câncer cervical ou endometrial
Paciente com câncer de mama no passado, sem histórico de doença atual por 5 anos	Paciente com câncer de mama atual
Iniciar o uso em paciente com câncer ovariano	Mioma com distorção da cavidade uterina
Iniciar o uso em paciente com risco aumentado para ISTs	Anormalidades anatômicas com distorção da cavidade uterina
Iniciar o uso em paciente nos estágios clínicos 3 ou 4 de HIV (OMS)	Iniciar o uso em paciente com doença inflamatória pélvica (DIP) atual
Manutenção do dispositivo na presença de tuberculose pélvica	Iniciar o uso na presença de cervicite purulenta ou infecção atual confirmada por clamídia ou gonorreia
Cirrose hepática severa (descompensada)	Iniciar o uso na presença de tuberculose pélvica
Adenoma hepatocelular ou hepatoma (maligno)	

* SIU-LNG (20 µg/24 hours)

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2015).

6. DE EMERGÊNCIA

A anticoncepção de emergência (AE) diz respeito aos métodos utilizados em caso de relação desprotegida que poderia ocasionar uma gestação indesejada, como intercurso sexual não planejado, percepção de falha do método em uso ou violência sexual. Diante disso, é importante frisar que esse método não deve ser empregado de forma regular, substituindo outros contraceptivos, uma vez que se mostra menos eficaz a longo prazo, além de apresentar, com frequência, efeitos secundários indesejáveis.

É essencial ainda, que sejam desmistificadas ideias equivocadas como a de que a AE seria abortiva, motivo pelo qual ainda existe receio quanto aos seu uso e prescrição. Também

é importante trazer esclarecimentos quanto a ausência de proteção contra ISTs oferecida pela AE, o que pode tornar necessário acompanhamento adicional e a oferta de profilaxias pós-exposição. As principais formas atuais aceitáveis de oferecer a AE são:

6.1. MÉTODO YUZPE

Essa técnica corresponde à utilização de altas doses de contraceptivos orais combinados. O esquema consiste na ingestão de duas doses iguais, com intervalo de 12 horas, de 100 mcg de etinilestradiol e 500 mcg de levonorgestrel, somando em dose total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel. A primeira dose deve tomada o mais rapidamente possível, após a atividade sexual e, preferencialmente, até 72 horas desta.

6.2. CONTRACEPTIVO ISOLADO DE LEVONORGESTREL

Esse esquema, atualmente oferecido pelo Ministério da Saúde, consiste na utilização de uma dose de 1,5 mg de levonorgestrel, em dose única ou dividida em duas doses de 0,75 mg, com intervalo de 12 horas entre elas. Geralmente, dá-se preferência à dose única, facilitando a adesão e evitando a não administração da segunda dose por motivo de esquecimento. Essa alternativa apresenta maior eficácia e menos efeitos colaterais quando comparada ao método Yuzpe.

6.3. DIU DE COBRE

Naquelas pacientes que apresentam desejo de iniciar o uso de um dispositivo contraceptivo de longa duração, o DIU de cobre é considerado uma alternativa viável. Ele pode ser inserido até 120 horas após a relação sem proteção.

7. MÉTODOS DEFINITIVOS

Indivíduos que não desejam filhos ou já possuem prole constituída podem optar por buscar os métodos cirúrgicos definitivos. Essa opção demanda sensibilidade por parte do profissional de saúde quanto a orientação da pessoa ou núcleo familiar que a procura, sendo seu dever fundamental fornecer o total esclarecimento quanto a irreversibilidade dos métodos. Também é dever da equipe multidisciplinar o fornecimento de informações quanto a existência de outros métodos contraceptivos e a garantia do consentimento esclarecido dos envolvidos.

Segundo a legislação brasileira (BRASIL, 1996), a esterilização voluntária é permitida para homens e mulheres, com capacidade civil plena, com idade maior que 25 anos ou, pelo menos, dois filhos vivos ou nos casos em que há risco comprovado à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto. Para pessoas do sexo feminino, o procedimento é vetado durante a gestação e durante os dois meses após o parto ou aborto.

Os procedimentos disponíveis para a esterilização cirúrgica são a ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária) e a ligadura dos canais deferentes (vasectomia). Por seu caráter mais simples e pela possibilidade de ser realizada ambulatorialmente, a vasectomia é o procedimento de primeira escolha, nos casos em que há aceitação por parte do indivíduo do sexo masculino.

8. MANEJO

Por conta da diversidade de métodos disponíveis, é essencial que sejam levadas em conta as diversas variáveis envolvidas no processo de prescrição dos métodos contraceptivos. Durante a anamnese dos pacientes, deve-se considerar os fatores e condições pré-existentes que atuem como contraindicações a utilização de certos métodos, bem como a presença de possíveis dificuldades ou equívocos na utilização de atuais ou futuros anticoncepcionais, com destaque para aqueles que dependem da disciplina dos envolvidos e da sua adesão para uma máxima eficácia. Também é relevante a compreensão de fatores psicológicos, culturais e religiosos e aspirações reprodutivas que possam interferir no processo de escolha, além dos objetivos que aquele indivíduo ou família buscam atingir com a adoção de determinado método.

No tocante ao exame físico, a realização do exame ginecológico não é imperativa para a prescrição de métodos contraceptivos, mas é importante que sejam identificadas e tratadas possíveis alterações patológicas, antes da introdução do método, principalmente quando seu uso envolve contato direto com a genitália. Também se recomenda a aferição da pressão arterial quando se lança mão de métodos contendo estrogênio em sua composição, objetivando a avaliação de distúrbios hipertensivos. A realização de exames complementares laboratoriais e de imagem também não é mandatória para a sua iniciação em pacientes hígidas.

Ressalta-se ainda, que, no momento de escolha entre os diferentes métodos, é de fundamental importância que sejam considerados e discutidos com os pacientes os seus valores de eficácia, expostos na TABELA 7. A eficácia diz respeito as taxas de falha de um método, em um determinado período, e o índice mais frequentemente empregado para expressá-la é o índice de Pearl, cujo cálculo se dá da seguinte forma:

$$Índice\ de\ Pearl = \frac{número\ de\ falhas\ \times 12\ meses\ \times 100\ (mulheres)}{número\ total\ de\ meses\ de\ exposição}$$

Tabela 7 – Tabela de eficácia dos métodos contraceptivos (taxa de gravidez por 100 mulheres no primeiro ano de uso)

Método	Uso consistente e correto	Uso típico e rotineiro
Nenhum	85	85
Muco cervical	4	14
Coito interrompido	4	20
Lactação e amenorreia (LAM) – 6 meses	0,9	2
Preservativo feminino	5	21
Preservativo masculino	2	13
Diafragma com espermicida	16	17
AOC	0,3	7
Injetável combinado	0,05	3
Adesivo cutâneo combinado	0,3	7
Anel vaginal hormonal	0,3	7
Oral de progesterona	0,3	7
Implantes	0,1	0,1
Injetável de progesterona	0,2	4
DIU de cobre	0,6	0,8
Esterilização feminina	0,5	0,5
Esterilização masculina	0,1	0,15

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2018).

9. CASO CLÍNICO

Paciente, sexo feminino, 40 anos, tabagista 20 cigarros/dia. Nega gestações anteriores e nega desejo de constituir prole. Procura o serviço na UBS com desejo de utilizar contraceptivo oral combinado, afirmando possuir múltiplos parceiros e relatando insegurança com o uso isolado do preservativo. Refere enxaqueca com aura recorrente há 6 meses e nega outras comorbidades e história de eventos tromboembólicos na família.

QUESTÕES PROPOSTAS

1. Quanto a viabilidade da utilização de um contraceptivo oral combinado nesse caso:

a. Ausência de prole constituída é contraindicação relativa.

b. Idade ≥ 35 anos e consumo de ≥ 15 cigarros por dia é contraindicação absoluta.

c. Idade ≥ 40 anos é contraindicação relativa.

d. Para a prescrição desse método é sempre necessária a realização de exames complementares para pesquisa de trombofilias.

e. A enxaqueca com aura não contraindica o uso desse método.

2. Sobre outros métodos contraceptivos e sua viabilidade, assinale a alternativa correta:

a. A paciente não atenderia os critérios para laqueadura tubária, uma vez que possui menos de 2 filhos.

b. A dose diária de 1,5 mg de levonorgestrel isolado seria uma alternativa viável.

c. O uso isolado de um diafragma com espermicida ofereceria a proteção almejada.

d. A paciente atenderia aos critérios para a colocação de um DIU de cobre.

e. A carga tabágica da paciente inviabiliza o uso de métodos isolados de progesterona.

3. Com relação ao caso, qual das alternativas abaixo contém contraindicação para a manutenção de um sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG)?

a. Ausência de prole constituída.

b. Enxaqueca com aura

c. Idade acima de 40 anos

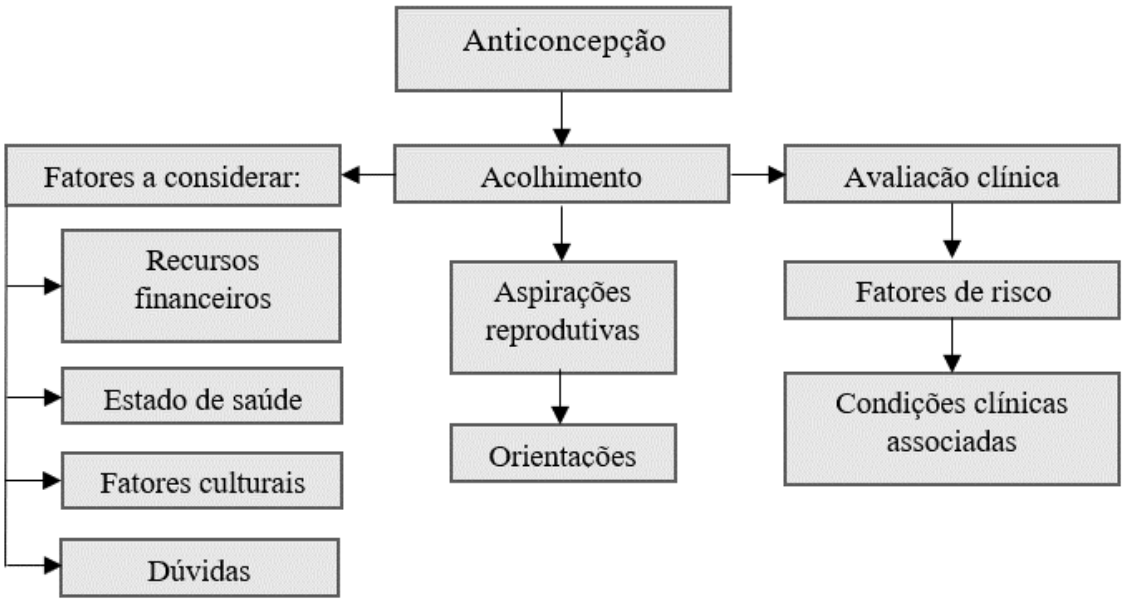
d. Tabagismo ≥ 15 cigarros dia

e. Ausência de gestação anterior

Gabarito: 1.B; 2.D; 3. B

FLUXOGRAMA

FIGURA 1 – Anticoncepção na atenção primária à saúde



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15/1/1996. Seção, página 561.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 29.11.2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf . Acesso em: 29.11.2020

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CHAPLIN, Steve. Kyleena: a new five-year levonorgestrel-releasing ius. Prescriber, [S.L.]: [s.n.], 2018. p. 34-35. v. 29, n. 4. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1002/psb.1666. Acesso em 29.11.2020.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E.R.J. (org.). Medicina Ambulatorial: Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERNANDES, César; SÁ, Marcos, (eds). Tratado de Ginecologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

FINOTTI, Marta. Manual de anticoncepção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

FREITAS, Fernando. et al. Rotinas em ginecologia. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011

GEMZELL-DANIELSSON K., et al. Evaluation of a new, low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system over 5 years of use. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. [S.L.]: [s.n.], 2017. 210-28.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José; DIAS, Lêda (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KYLEENA ®.: Levonorgestrel. [bula de medicamento]. Responsável Técnico: Dirce Eiko Mimura. Turku – Filândia: BAYER, 2020.

MIRENA ®.: Levonorgestrel. [bula de medicamento]. Responsável Técnico: Dirce Eiko Mimura. Turku – Filândia: BAYER, 2013.

PETTA, Carlos Alberto; BASSALOBRE, Daniela Fink Hasan; ALDRIGHI, José Mendes. Anticoncepção Hormonal: Injetáveis e Implantes Subdérmicos. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). Anticoncepção: aspectos contemporâneos. São Paulo: Atheneu, 2005. p.107-119

SANCHES, Mário Antônio; SIMAO-SILVA, Daiane Priscila. Planejamento familiar: do que estamos falando? Rev. Bioét., Brasília: [s.n.], 2016. p. 73-82. v. 24, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100073&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11.11.2020.

SPEROFF, L.; DARNEY, P.D. Intrauterine Contraception. In: A clinical guide for contraception. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. [S.L.]: [s.n.], 2001. P.221-258.

VIGO, Francieli; LUBIANCA, Jaqueline Neves; CORLETA, Helena von Eye. Progestógenos: farmacologia e uso clínico – Revisão. Femina. [S.L.]: [s.n.], 2011. v. 39, n. 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5 ed. Geneve: [s.n.], 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf>. Acesso em: 29.11.2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252267//1/9789241565400-eng.pdf?ua=1. Acesso em: 29.11.2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.

CAPÍTULO XI

PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-11

Autor(a): Isabela de Paula Nóbrega
Coautores: Felipe Pinheiro Mendes
Paula Fernanda Patriolina Teixeira de Oliveira
Pedro Túlio Monteiro Araújo
Orientador(a): Márcio Fragoso Vieira

1. INTRODUÇÃO

A visita da gestante é uma das principais e mais frequentes causas de consulta em atenção primária à saúde (APS) como identificado por GUSSO (2009). Diante disso, é de fundamental importância que o médico de família e comunidade (MFC), bem como a equipe de saúde, estejam plenamente capacitados para o atendimento desse grupo. É essencial a aptidão para o manejo de suas principais demandas e necessidades, além da habilidade para identificação dos principais riscos e complicações que possam enquadrar essas mulheres no conjunto de pacientes que deve ser encaminhado ao serviço especializado de pré-natal de alto risco.

O termo pré-natal refere-se à totalidade de consultas e visitas realizadas pela gestante, com a equipe de saúde, durante as quais a mulher será assistida em aspectos de natureza médica, social, psicológica e de cuidados gerais, visando promover o melhor desenvolvimento possível para o binômio mãe-feto, durante o curso da gravidez.

Idealmente, a procura pela APS deve ser ocorrer antes da concepção, de forma que o MFC possa oferecer orientações, determinando, em conjunto com a paciente, o momento mais apropriado para o início da gestação, objetivando minimizar riscos de malformações congênitas, além de evitar medicações teratogênicas, discutir hábitos e identificar e tratar ou controlar condições de saúde pré-existentes. Na impossibilidade da realização do aconselhamento pré-concepcional recomenda-se que o início do pré-natal ocorra o mais precocemente possível, logo após as primeiras suspeitas do estado gravídico, para garantir um maior número de ações preventivas.

2. DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO

O diagnóstico de gestação é de fundamental importância para um pré-natal qualitativo, permitindo a estimativa precoce e mais acurada da idade gestacional (IG), informação essencial para a definição de condutas no decorrer da gestação e no momento do parto. O diagnóstico de gravidez deve ser considerado como hipótese em toda mulher, em idade fértil, com atraso do ciclo menstrual. Uma vez aventada a possibilidade de gravidez, o MFC deve solicitar os exames laboratoriais de confirmação.

3. A CONSULTA DE PRÉ-NATAL

A conduta preconizada pelo Ministério de Saúde (MS) para o pré-natal de risco habitual (baixo risco) considera um mínimo de 6 consultas. A frequência delas segue o exposto na TABELA 1.

Tabela 1 – frequência de consultas no pré-natal de risco habitual

Frequência	IG
Mensal	Até a 28ª semana
Quinzenal	28ª a 36ª semana
Semanal	Após a 36ª semana

Fonte: BRASIL (2013).

Como as demais consultas clínicas, ela é formada por anamnese, exame físico e análise dos exames complementares. Deve ainda, ser dividida em “primeira consulta” e “consultas de acompanhamento”. Ressalta-se que consultas com a equipe de enfermagem apresentam benefícios e podem ser revezadas com as consultas médicas (FREITAS et al., 2011).

O primeiro encontro é de fundamental importância para o estabelecimento do vínculo médico-paciente e da relação longitudinal que será construída nas próximas interações. Ademais, é nele que serão obtidas informações mais aprofundadas sobre a paciente, como detalhes sobre sua rede de apoio e suas circunstâncias de trabalho e moradia, hábitos alimentares, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno, antecedentes familiares, bem como informações sobre imunizações prévias. Deve-se dar especial atenção aos quadros de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, infecções e outras condições relacionadas ao aumento do risco gestacional. O exame físico também deve ser completo no primeiro encontro.

As consultas subsequentes, por sua vez, não precisam retomar certos aspectos abordados na primeira consulta, principalmente aqueles que não sofrem modificações. Desse modo, o direcionamento das consultas de seguimento deve ser feito para as queixas atuais da gestante, bem como para aspectos específicos da gestação, como queixas urinárias, perdas vaginais e alterações da mobilidade fetal. Além disso, é de fundamental importância que a equipe esteja disponível para sanar eventuais dúvidas e fornecer esclarecimentos e intervenções, quando necessário.

3.1. DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

A idade gestacional pode ser calculada a partir da data da última menstruação (DUM) ou pela ultrassonografia, recurso nem sempre disponível na APS. Quando utilizada a DUM, deve-se tomar como referência o dia de início do fluxo menstrual (primeiro dia da DUM). Estão disponíveis o gestograma e uma série de calculadoras digitais que conseguem determinar a data provável do parto (DPP) a partir da DUM. Outra possibilidade é o cálculo da DPP por meio da Regra de Naegele, a qual fundamenta-se na soma de 7 dias à data da DUM e a subtração de 3 meses dela. A ultrassonografia, por sua vez, deve ser priorizada quando a confiabilidade da DUM for incerta, nas pacientes com ciclos irregulares ou nas ocasiões em que houver discrepâncias entre os achados do exame físico e a data relatada pela paciente. O período de maior precisão para determinação da IG pela ultrassonografia é o que vai de 7-12 semanas e, nessas situações, a DPP também pode ser calculada com o auxílio de calculadoras digitais especializadas.

3.2. SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) recomenda que seja feita suplementação universal de ferro e de ácido fólico nas doses de 30-60 mg/dia de ferro elementar e de 400 µg (0,4 mg) /dia de ácido fólico, para pacientes de risco habitual. A recomendação é de que o uso seja feito durante toda a gestação e que seja iniciado o mais precocemente possível. Ademais, o MS (BRASIL, 2016) recomenda que mulheres que planejem engravidar iniciem a suplementação de ácido fólico, pelo menos 30 dias antes da concepção.

4. EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO

4.1. ESTADO NUTRICIONAL E GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO

A avaliação ponderal faz parte da rotina da assistência pré-natal. O IMC deve ser calculado na primeira consulta, para fins de referência, e o registro de sua variação deve ser anotado, a cada consulta, no gráfico que consta na ficha e na caderneta da gestante. Deve-se atentar para ganho excessivo de peso ou ganho de peso insuficiente.

Tabela 2 – Ganho de peso recomendado (em Kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial

Estado nutricional (IMC)	Recomendação de ganho de peso (Kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo peso (<18,5 Kg/m^2)	0,51 (0,44-0,58)	12,5-18,0
Adequado (18,5-24,9 Kg/m^2)	0,42 (0,35-0,50)	11,5-16,0
Sobrepeso (25,0-29,9 Kg/m^2)	0,28 (0,23-0,33)	7,0-11,5
Obesidade (≥ 30kg/m^2)	0,22 (0,17-0,27)	5,0-9,0

* O ganho de peso recomendado no primeiro trimestre entre 0,5-2,0Kg

Fonte: Adaptado de Institute of Medicine (IOM, 2009)

4.2. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

A pressão arterial é um dos dados mais importantes a serem coletados na consulta de pré-natal e a sua aferição é preconizada em todos os encontros, de forma a tornar possível o diagnóstico de pré-eclâmpsia e demais distúrbios hipertensivos da gestação.

No tocante à técnica de aferição, a medida pressórica deve ser realizada com a gestante sentada e com o esfigmomanômetro adequado às suas medidas, após um repouso de pelo menos 5 minutos. A pressão arterial diastólica deve ser determinada pelo desaparecimento dos sons (V som de Korotkoff) e são considerados como normais os valores pressóricos inferiores a 140x90 mmHg.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (PEIXOTO, 2014) define hipertensão na gestação como níveis pressóricos iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, em duas aferições, com intervalo de quatro horas entre elas. A diferenciação entre hipertensão arterial crônica pré-gestacional e hipertensão gestacional se dá pelo período do diagnóstico, sendo a primeira identificada ainda nas primeiras 20 semanas de gestação. Entre os distúrbios hipertensivos estão ainda presentes a pré-eclâmpsia, quando a paciente previamente normotensa

desenvolve HAS e proteinúria (≥ 300 mg/24h), após a 20ª semana gestacional, e a eclâmpsia que diz respeito a pré-eclâmpsia associada a crises convulsivas.

Diante disso, a detecção de hipertensão na gestação com PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg assinala para a necessidade da solicitação do exame de proteinúria de 24h para investigar pré-eclâmpsia e encaminhamento ao pré-natal de alto risco. Ademais, são indicações para encaminhamento com urgência ao atendimento hospitalar a presença de PA > 160/110 mmHg ou PA ≥ 140/90 mmHg associada a sintomas como cefaleia, epigastralgia, escotomas visuais e aumento dos reflexos tendíneos (independentes de proteinúria) e/ou proteinúria ≥ 300 mg/24h.

4.3. MEDIDA DA ALTURA UTERINA E PALPAÇÃO OBSTÉTRICA

A avaliação do crescimento fetal por meio da medida da altura uterina (AU) é observador-dependente e, por vezes, imprecisa. Entretanto, é recomendada a sua realização, em todas as consultas, a partir da 12ª semana de gestação. Quando realizada de forma seriada, por um mesmo avaliador, esse método é capaz de acompanhar o desenvolvimento fetal, com a progressão da gestação, com resultados de maior significado clínico a partir da 16ª-18ª semana gestacional.

A medida da AU deve ser realizada com a paciente em decúbito dorsal e com a bexiga vazia e corresponde a distância entre a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino. O examinador deve posicionar a borda cubital de sua mão esquerda para delimitar o fundo uterino, evitando a sua compressão, e utilizar uma fita métrica para realizar a medição. O registro das dimensões deve ser disposto em gráfico, disponível no prontuário e na caderneta da gestante, permitindo a detecção de desvios do crescimento. Deve-se dar atenção para achados localizados fora da faixa que delimita os percentis 10 e 90, os quais assinalam para a necessidade de repetição da medição após 15 dias, com o objetivo de descartar erros de idade gestacional. Nos casos em que houver persistência do desvio, o profissional médico deve avaliar a necessidade de ultrassonografia e de encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco.

Durante as consultas de terceiro trimestre, é possível executar as quatro manobras de Leopold- Zweifel, as quais permitem estimar situação, apresentação e posição fetal, por meio da identificação dos polos cefálico e pélvico, bem como do dorso fetal.

4.4. AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS (BCF) E AVALIAÇÃO DA MOVIMENTAÇÃO FETAL

Os batimentos cardiofetais tornam-se audíveis com o uso do sonar doppler a partir da 10ª-12ª semana de gestação e com o estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana. A avaliação dos BCF deve ser realizada em todas as consultas, assim que for possível sua detecção, de acordo com a disponibilidade de recursos da unidade, e o resultado deve ser registrado no cartão de pré-natal da gestante. São considerados normais um ritmo regular e variações de frequência entre 110 e 160 bpm e a não identificação do BCF ou alterações persistentes devem ser avaliadas pelo MFC para que seja determinada a necessidade de encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco.

A contagem de rotina dos movimentos fetais não é recomendada em gestações de risco habitual, podendo ser fonte de ansiedade para os pais.

4.5. EXAME DAS MAMAS

Recomenda-se a avaliação das mamas, na primeira consulta de pré-natal. Deve-se dar atenção para nódulos e outros potenciais achados patológicos e deve ser realizada a avaliação do tipo de mamilo, identificado precocemente potenciais desafios à amamentação. O incentivo ao aleitamento materno é essencial e o momento do pré-natal deve ser utilizado como oportunidade para sanar dúvidas e desmistificar conceitos equivocados.

4.6. EXAME ESPECULAR E TOQUE VAGINAL

Segundo o MS (BRASIL, 2016), o exame especular e o toque vaginal bimanual devem ser realizados de acordo com a necessidade e com a história clínica e queixas apresentadas pela paciente, não sendo imperativa sua realização de rotina. O exame especular também deve ser realizado na vigência de queixas de sangramentos, perda de líquido ou leucorreia ou outras queixas ginecológicas específicas.

5. EXAMES COMPLEMENTARES

Atualmente, é recomendada a realização dos seguintes exames durante o pré-natal (TABELA 3):

Tabela 3 – Exames complementares solicitados na primeira consulta de pré-natal

Testes rápidos: HIV, sífilis e hepatites virais	Anti-HIV
Hemograma	VDRL
ABO/Rh	HbsAg
Coombs indireto se Rh negativo	Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG
Glicemia de jejum se idade gestacional (IG) < 20 semanas	Exame de urina e urocultura
Teste de tolerância à glicose 75g (TTGO) se IG > 20 semanas ou entre 24-28 semanas e imediatamente se > 28 semanas	

Fonte: ALBUQUERQUE, Liduína et al. (2018) – Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO).

5.1. HEMOGLOBINA E HEMATÓCRITO

Segundo o MS (BRASIL, 2016) são recomendadas as dosagens de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht) para rastreamento de anemia na gestação. A pesquisa deve ser feita o mais precocemente possível, com solicitação de exames a ser realizada já na 1ª consulta, e, novamente, no terceiro trimestre de gestação. A TABELA 4 fornece a interpretação dos resultados dos exames:

Tabela 4 – Diagnóstico de anemia no pré-natal

Hemoglobina	Diagnóstico
Hb ≥ 11mg/dl	Sem Anemia
11mg/dl > Hb > 8mg/dl	Anemia leve a moderada
Hb < 8mg/dl	Anemia grave

Fonte: BRASIL (2016).

A conduta para pacientes com hemoglobina acima de 11 mg/dl é a de suplementação universal no esquema citado anteriormente. O tratamento para anemia leve a moderada também é realizado com 4 – 6 comprimidos de sulfato ferroso ao dia, contendo 40 mg de ferro elementar cada. Nova avaliação da hemoglobina deve ser realizada após 30 e 60 dias e o tratamento deve ser mantido até que a hemoglobina atinja níveis > 11 mg/dl, quando deve ser retomada a dose profilática. Na presença de anemia, o MFC deve iniciar a investigação de parasitoses e prescrever tratamento se necessário. Níveis de Hb inferiores a 8mg/dl assinalam para anemia grave e necessidade de encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco, mantendo-se o acompanhamento paralelo na Unidade Básica de Saúde (UBS).

5.2. TIPAGEM SANGUÍNEA ABO E FATOR RH

A solicitação de ambos os testes deve ser realizada, já na primeira consulta, com o objetivo de possibilitar a prevenção da doença hemolítica perinatal. As repercussões da

incompatibilidade ABO são pouco expressivas, entretanto, deve-se dar atenção aos casos em que há risco de isoimunização Rh.

Desse modo, para as gestantes não sensibilizadas, é recomendada a realização do teste de Coombs indireto, a cada 4 semanas, a partir da 20ª semana. Além disso, é obrigatória a utilização de imunoglobulina anti-D, até 72 horas após o parto, nos casos em que o recém-nascido for Rh positivo. Sua utilização também é recomendada pelo MS (BRASIL, 2016) após abortamento, gestação ectópica ou molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos, se mãe Rh negativo e pai Rh positivo. Pacientes com Coombs indireto positivo (sensibilizadas) devem ser encaminhadas diretamente ao pré-natal de alto risco.

5.3. URINA DO TIPO I E UROCULTURA

A orientação do MS (BRASIL, 2013, 2016) determina que ambos os exames devem ser solicitados em duas ocasiões, na primeira consulta e, novamente, no 3º trimestre. O encaminhamento ao pré-natal de alto risco deve ocorrer na presença de hematúria isolada (após excluído sangramento de origem genital), cilindrúria e infecções urinárias de repetição.

Ademais, a presença de proteinúria deve receber especial atenção devido a sua relação direta com distúrbios hipertensivos da gestação. Na presença de traços de proteinúria no exame de urina tipo I, o teste deve ser repetido após 15 dias e, caso a alteração persista, a paciente deve ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco. Além disso, o referenciamento ao serviço especializado deve ocorrer, de forma imediata, na presença de proteinúria maciça ou de traços de proteinúria associada a edema e/ou hipertensão.

Com relação às infecções do trato urinário (ITUs), o tratamento deve realizado empiricamente na presença de piúria/bacteriúria/leucocitúria, na indisponibilidade da urocultura, ou na presença de cultura positiva (> 100.000 UFC/ml). O antibiograma pode ainda ser utilizado para determinar quais antibióticos seriam melhor empregados no tratamento de cada paciente. A TABELA 5 dispõe sobre os tratamentos para bacteriúria assintomática e ITU não complicada. Ressalta-se que a urocultura deve ser repetida de sete a dez dias após findado o tratamento e, na apresentação de novo episódio, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação com especialista. Mediante suspeita de ITU complicada, associada a sintomas sistêmicos, a gestante deve ser referenciada ao serviço hospitalar devido aos riscos de desenvolvimento de pielonefrite e sepse.

Tabela 5 – Tratamento das infecções urinárias na gestação

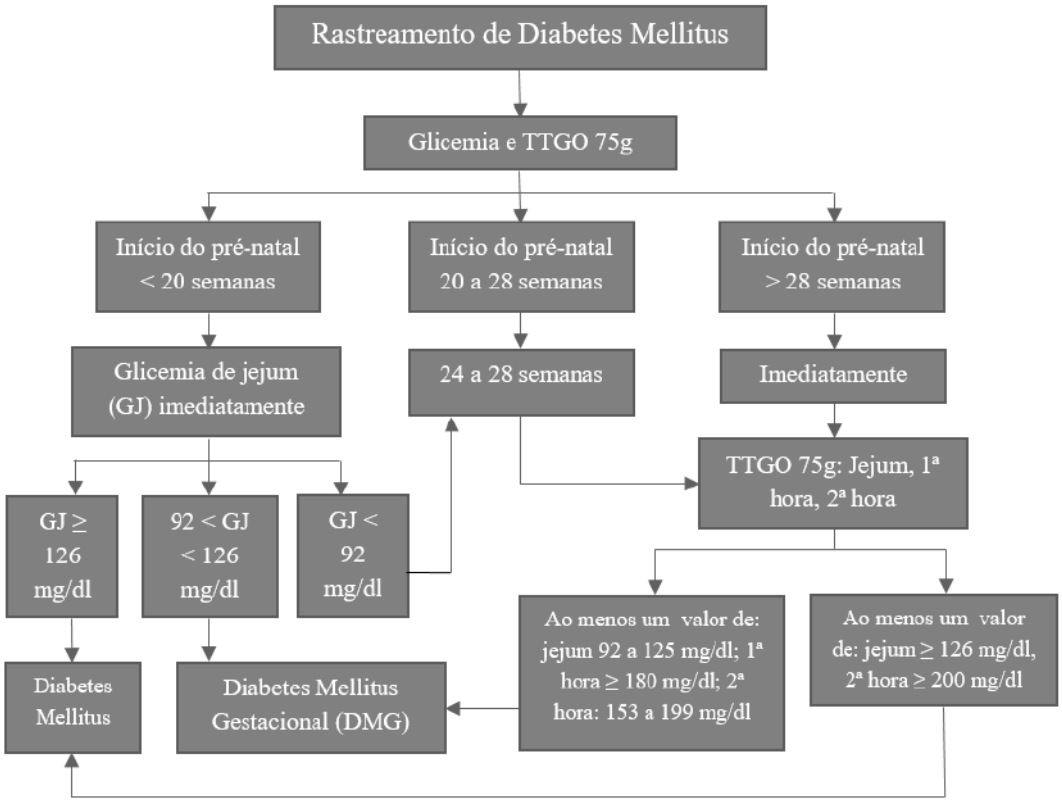
Antibiótico	Dosagem
Nitrofurantoína (100 mg)	1 cápsula, de 6/6 horas, por 10 dias
Cefalexina (500 mg)	1 comprimido, de 6/6 horas, por 7 a 10 dias
Amoxicilina-clavulanato (500/125 mg)	1 comprimido, de 8/8 horas, por 7 a 10 dias

Fonte: BRASIL (2016).

5.4. PESQUISA DE DIABETES MELLITUS

O último consenso para o rastreamento e manejo do Diabetes Mellitus (DM) na gestação, atualmente utilizado no país, foi desenvolvido, em conjunto, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), MS, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Diabetes (2016). Esse documento assinala dois momentos, durante a gravidez, nos quais deve ser realizada a pesquisa do DM: a primeira consulta de pré-natal e entre 24-28 semanas de gestação. A interpretação dos exames, tendo como referencial esse consenso, está disposta na FIGURA 1. Nos casos em que não há viabilidade financeira para a realização do TOTG, deve-se, segundo o Consenso (OPAS, 2016), repetir a glicemia de jejum entre 24-28 semanas, utilizando-se os mesmos pontos de corte da primeira testagem. Ademais, independentemente do método de rastreamento, é essencial que seja realizado o manejo adequado e que sejam oferecidas orientações sobre alimentação e estilo de vida para essas pacientes, bem como o seu encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco.

Figura 1 – Rastreamento do diabetes durante a gestação



Fonte: Adaptado de ALBUQUERQUE, Liduína et al. (2018) - SOCEGO

5.5. PESQUISA DE TOXOPLASMOSE

Segundo protocolo do MS (BRASIL, 2016), idealmente, a sorologia para toxoplasmose deve ser repetida, a cada três meses de gestação, de acordo com o resultado das sorologias anteriores, e, novamente, no momento do parto. A interpretação dos resultados da sorologia e sua respectiva conduta estão dispostos na TABELA 6.

Gestantes susceptíveis devem receber orientações quanto a adoção de medidas preventivas de higiene e alimentação. As principais recomendações são a correta higienização das mãos e de alimentos como frutas e verduras antes do consumo, bem como evitar a ingesta de carnes cruas, mal assadas ou malcozidas. Além disso, deve-se evitar a manipulação do solo e de animais desconhecidos.

Tabela 6 – Diagnóstico de toxoplasmose na gestação

Sorologia		
IgG (-) e IgM (-)	Gestante soronegativa	Prevenção primária e repetição da sorologia nos intervalos recomendados
IgG (+) e IgM (-)	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Dispensa a necessidade de novas sorologias
IgG (+) e IgM (+)	Possibilidade de infecção durante a gestação	Solicitar teste de avidez se IG < 16 semanas
IgG (-) e IgM (+)	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente e repetir a sorologia em 3 semanas

Fonte: BRASIL (2013).

O teste de avidez de IgG deve ser realizado em IG inferior a 16 semanas. Nesse período, uma avidez fraca indica uma possível infecção durante a gestação atual e, diante dela, deve-se iniciar o tratamento com espiramicina imediatamente. Por outro lado, nesse intervalo, uma avidez alta indica infecção ocorrida há mais de 3-4 meses, provavelmente, no período pré-gestacional, dispensando a necessidade de novas testagens. Diante da possibilidade de infecção recente, a conduta depende da IG: se acima de 30 semanas deve-se iniciar o tratamento com esquema tríplice e se entre 16 e 30 semanas, deve-se lançar mão da espiramicina. As drogas utilizadas no tratamento estão dispostas na TABELA 7. Nos casos de infecção confirmada, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco.

Tabela 7 – Opções terapêuticas para toxoplasmose na gestante

Esquema	Dosagem
Espiramicina	Espiramicina 1g (3.000.000 UI), de 8 em 8 horas, via oral (VO), continuamente até o término da gestação
Esquema tríplice	Pirimetamina 25mg, de 12/12 horas, VO + Sulfadiazina 1.500 mg, de 12/12h, VO + Ácido folínico 10mg/dia

Fonte: BRASIL (2016).

5.6. PESQUISA DE HEPATITE B

A recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) é de que seja feita pelo menos uma sorologia do tipo HBsAg para hepatite B, durante a gestação, preferencialmente no primeiro trimestre. De acordo com disponibilidade de recursos, recomenda-se ainda a realização de uma segunda testagem, no terceiro trimestre. A transmissão materno-fetal pode ocorrer em diferentes oportunidades, no caso da presença de infecção: ainda intraútero, na ocasião do parto ou após o nascimento do concepto.

Para pacientes com HBsAg não reagente e esquema vacinal desconhecido ou incompleto, deve ser ofertada a vacinação após o 1º trimestre, de forma a iniciar ou completar seu esquema vacinal. Para pacientes com HBsAg reagente, deve-se solicitar o HBeAg e transaminases hepáticas (ALT/AST) e, na presença de HBeAg reagente, deve-se realizar o encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco. Neonatos expostos devem ser vacinados e receber a imunoglobulina anti-hepatite B, assim que possível.

5.7. PESQUISA DE HEPATITE C

O rastreamento de rotina de hepatite C não é recomendado pelo Ministério da Saúde durante a gestação. A exceção a essa orientação é direcionada aos grupos de alto risco, uma vez que não há conduta específica capaz de evitar a transmissão vertical. Segundo a Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (ALBUQUERQUE et al., 2018), seriam eles: usuárias de drogas injetáveis, coinfectadas com HIV, pacientes previamente submetidas a transfusão sanguínea ou com história de múltiplas parcerias sexuais.

5.8. PESQUISA DE SÍFILIS

O diagnóstico final de sífilis se dá pela associação de um resultado positivo em teste treponêmico e um resultado positivo em teste não treponêmico (p. ex., VDRL). O MS (BRASIL, 2019), recomenda que, sempre que possível, a investigação seja iniciada pelo teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs, ELISA etc.), solicitação que deve ser realizada, já na primeira consulta de pré-natal e, novamente, no terceiro trimestre. Por fim, a testagem deve ser repetida no momento do parto ou aborto. Por sua disponibilidade e tempo de resultado, geralmente dá-se preferência ao teste rápido.

Ainda segundo o MS (BRASIL, 2019), mediante um teste treponêmico positivo, deve ser realizada a coleta de material para o teste não treponêmico, para confirmação diagnóstica, e deve ser iniciado, de imediato, o tratamento da paciente e do parceiro com a 1ª dose de penicilina benzatina. Após um resultado negativo para o teste não treponêmico, os exames devem ser repetidos apenas no regime normal de rastreamento ou após 30 dias, caso a suspeita para sífilis permaneça. Mediante a confirmação do diagnóstico pelo teste não treponêmico, deve-se completar o tratamento, de acordo com o estágio clínico da paciente e repetir o exame mensalmente, até o final da gestação, para controle de cura. O tratamento recomendado para as diferentes fases clínicas está exposto na TABELA 8. Nos casos em que a

extensão da doença for desconhecida pelo profissional, o casal deve ser tratado como portador de sífilis latente tardia.

O teste não treponêmico quantitativo (p. ex. VDRL) é essencial para o acompanhamento do manejo, uma vez que fornece titulações, por meio das quais é possível mensurar a resposta ao tratamento, bem como reinfecções. O acompanhamento dos genitores e do concepto deve ainda ser mantido após o período da gestação.

Tabela 8 – TRATAMENTO DA SÍFILIS DURANTE A GESTAÇÃO

Fase clínica	Tratamento
Sífilis primária	Penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo).
Sífilis recente secundária e latente	Penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4.800.000 UI.
Sífilis tardia (latente e terciária)	Penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI.

Fonte: BRASIL (2016).

5.9. PESQUISA DE HIV

Idealmente, a testagem para HIV deve ser realizada na primeira consulta do pré-natal, no primeiro trimestre, e deve ser repetida no início do terceiro trimestre da gestação. O MS (BRASIL, 2019) também recomenda a realização da testagem rápida na admissão da gestante, no momento do parto, no local de nascimento. A testagem pode ser feita ainda, em qualquer ocasião em que haja exposição de risco ou violência sexual. Dá-se preferência aos testes rápidos para HIV, já que possibilitam início adequado da Terapia Antirretroviral (TARV) e resposta virológica mais precoce. As gestantes diagnosticadas com HIV, a partir de qualquer método de testagem, devem ser encaminhadas para o seguimento no pré-natal de alto risco ou serviço de atenção especializada, de acordo a situação clínica.

5.10. CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO

Segundo o MS (BRASIL, 2016), é preconizado o rastreamento do câncer do colo uterino, dos 25 aos 64 anos de idade, para todas as mulheres sexualmente ativas. Ademais, recomenda-se a sua repetição, a cada 3 anos, após dois primeiros exames anuais com resultado normal. O momento do pré-natal deve ser utilizado como uma oportunidade de rastreamento de lesões precursoras ou iniciais do câncer cervical e a citologia oncótica deve ser realizada se a gestante não a tiver feito recentemente.

5.11. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA E MORFOLÓGICA

A opção pela realização da ultrassonografia obstétrica dentro da rotina de pré-natal de baixo risco vai depender da disponibilidade de recursos da unidade e da avaliação do MFC quanto a sua necessidade. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2011b) concluiu que a sua solicitação deve ser reservada aos casos em que houver indicação específica e que o médico, no serviço de pré-natal de risco habitual, não é obrigado a solicitá-lo na ausência de indicação. Suas principais funções e benefícios estão relacionados a uma datação mais precisa da gestação, útil nos casos em que há pouca confiabilidade na DUM, diagnóstico de gestação gemelar ou ectópica, de malformações fetais, bem como de distúrbios de placentação. Por outro lado, é preconizada pelo MS a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante, preferencialmente até a 20ª semana de gestação (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III).

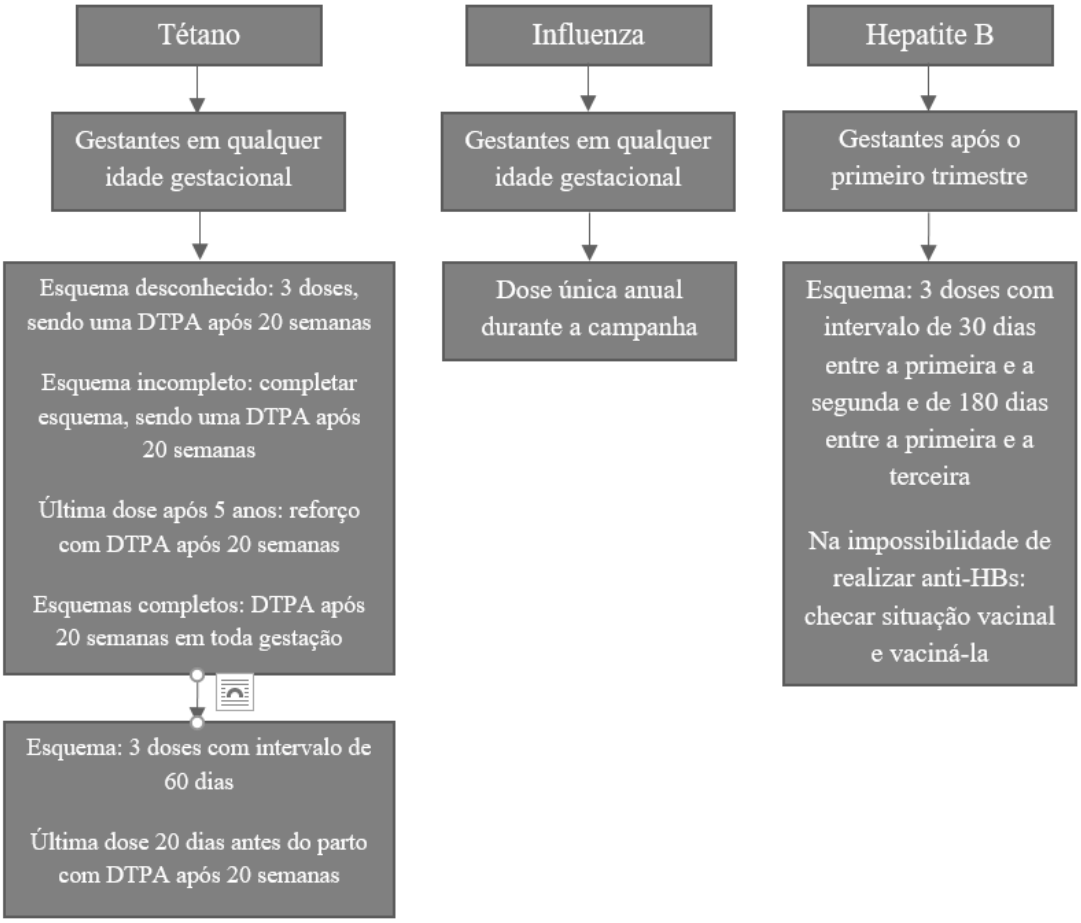
6. EXAMES RECOMENDADOS PARA A PARCERIA

O MS busca incentivar a participação da parceria, por meio do chamado “pré-natal do parceiro”. Esse conjunto de medidas visa incluí-lo em ações educativas, buscando a promoção do cuidado em saúde, bem como evitar que potenciais condições venham a afetar sua parceira durante a gestação. Na Caderneta da Gestante disponibilizada nas UBSs, estão disponíveis espaços para registro de diversos exames como: tipagem sanguínea, glicemia, sífilis (teste rápido ou VDRL), teste de HIV, hepatites B e C, hemograma, lipidograma e dosagem do colesterol total e frações. Além disso, existem espaços reservados para imunizações (febre amarela, hepatite B e antitetânica), consulta odontológica e acompanhamento do tratamento para sífilis.

7. IMUNIZAÇÕES

Idealmente, as vacinações devem ser realizadas antes da concepção, uma vez que na gestação seu uso fica restrito às formulações que não contém vírus vivo ou bactérias. O esquema vacinal para gestantes proposto pelo Plano Nacional de Imunizações (PNI) encontra-se demonstrado na FIGURA 2.

Figura 2 – Esquema vacinal para gestantes



Fonte: Adaptado de ALBUQUERQUE, Liduína et al. (2018) – SOCEGO

8. MANEJO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS DA GESTAÇÃO

As queixas mais comuns durante o pré-natal, bem como a seu manejo, encontram-se resumidas na TABELA 9.

Tabela 9 – manejo das principais queixas durante o pré-natal

Queixas	Medidas não farmacológicas	Medidas farmacológicas/procedimentos
Náuseas e vômitos	Fracionar refeições (breves e em intervalos menores), evitar ingesta de líquido durantes as refeições, evitar alimentos gordurosos e frituras e alimentos com odor estimulante	Antieméticos autorizados na gestação podem ser usados por VO em situações persistentes
Sintomas dispépticos	Refeições menores e mais frequentes	Antiácidos
Constipação e hemorroidas	Correção da constipação intestinal (ingesta de líquido e fibras), banhos de assento e compressas mornas	Anestésicos tópicos e agentes amolecedores fecais
Varicosidades	Repouso prolongado, elevação dos membros, uso de meia-calça elástica	Cirurgias na gestação são reservadas aos casos com risco de

Queixas	Medidas não farmacológicas	Medidas farmacológicas/procedimentos
		ruptura muito grave: esclerose ou ligadura de veias
Candidíase vaginal		Imidazólico tópico
Vaginose bacteriana / tricomoníase		Metronidazol via oral (VO), 500mg, de 12/12h por 7 dias ou 2g em dose única (tratar parceiro na tricomoníase)
Lombalgia	Orientações como: se agachar ao abaixar, uso de travesseiros de apoio evitar calçados altos, repouso e massagens uso de calor local	Analgésicos simples paracetamol, anti-inflamatórios não esteroidais (curto período, exceto 3º trimestre)

Fonte: Adaptado de CUNNINGHAM, F. Gary et al. (2016), ZUGAIB (2016), BRASIL (2013).

9. ENCAMINHAMENTO AO ALTO RISCO

Além das diferentes razões de encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco aqui citadas, existem ainda múltiplos cenários possíveis que devem ser avaliados. É essencial que sejam considerados a disponibilidade local de recursos e a realidade socioeconômica e cultural da paciente em questão, no momento da tomada de decisão. É importante ainda que não seja perdido o vínculo com as pacientes encaminhadas ao serviço de pré-natal de alto risco, as quais devem fazer o seguimento de forma paralela na UBS de origem. A recomendação dos autores ao leitor é de que sejam consultados de forma adicional o Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013), os Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016) e o protocolo Nascer no Ceará: condutas assistenciais (ALBUQUERQUE, Liduína et al.), da Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia, para demais condutas.

10. CASO CLÍNICO

Paciente 30 anos, casada, chega a UBS com exame de detecção do ß-hCG sérico positivo para gestação. A paciente negou gestações anteriores, bem como história anterior de problemas de saúde na família e uso regular de medicações. Ao exame físico, apresentou pressão arterial (PA) de 120/70 mmgHg, um índice de massa corpórea (IMC) de 31,0 e o fundo uterino foi palpado na altura da sínfise púbica. A MFC fez a requisição dos exames recomendados para o primeiro trimestre e orientou que a paciente retornasse em 1 mês. Na consulta de retorno, paciente não refere queixas e seu exame físico apresenta-se sem

alterações. O resultado dos exames laboratoriais foi o seguinte: hemoglobina (Hb) 9,5 mg/dl; tipo sanguíneo B+; urina tipo I sem alterações, urocultura com < 100.000 UFC, glicemia de jejum 102mg/dl, IgM não reagente e IgG reagente para toxoplasmose, anti-HIV não reagente, teste rápido para sífilis não reagente e HbsAg não reagente.

QUESTÕES PROPOSTAS

1. A carência de ferro é uma das mais comuns durante a gestação. Sobre a hemoglobina de 9,5 mg/dl da paciente em questão é possível afirmar:

a. É um caso de anemia grave e deve ser encaminhado imediatamente ao alto risco.

b. Esse valor está dentro dos limites da normalidade e deve-se prosseguir com a suplementação universal profilática de 40 mg/dia de ferro elementar.

c. É um caso de anemia leve-moderada e seu tratamento deve ser realizado com 4 – 6 comprimidos de sulfato ferroso por dia, contendo 40 mg de ferro elementar cada.

d. Pela IG da paciente, não é mais necessária suplementação.

e. É um caso de anemia leve e deve ser feito tratamento com 40 mg/dia de ferro elementar.

2. No que diz respeito ao IMC da paciente, assinale a alternativa correta:

a. Indica sobrepeso e um limite de ganho de peso de 7-11,5Kg na gestação.

b. Indica sobrepeso e um limite de ganho de peso de 5-9Kg na gestação.

c. Indica peso adequado e um limite de ganho de peso de 11,5-16Kg na gestação

d. Indica obesidade e um limite de ganho de peso de 5-9Kg

e. Indica obesidade e a necessidade de dieta e a proibição do ganho de peso na gestação.

3. Sobre a glicemia de jejum neste caso, assinale a alternativa correta:

a. Indica DM pré-gestacional.

b. Indica estágio pré-diabetogênico. Necessário confirmar com TOTG (24-28 semanas).

c. Glicemia de jejum normal, abaixo do ponto de corte de 105 mg/dl para DMG.

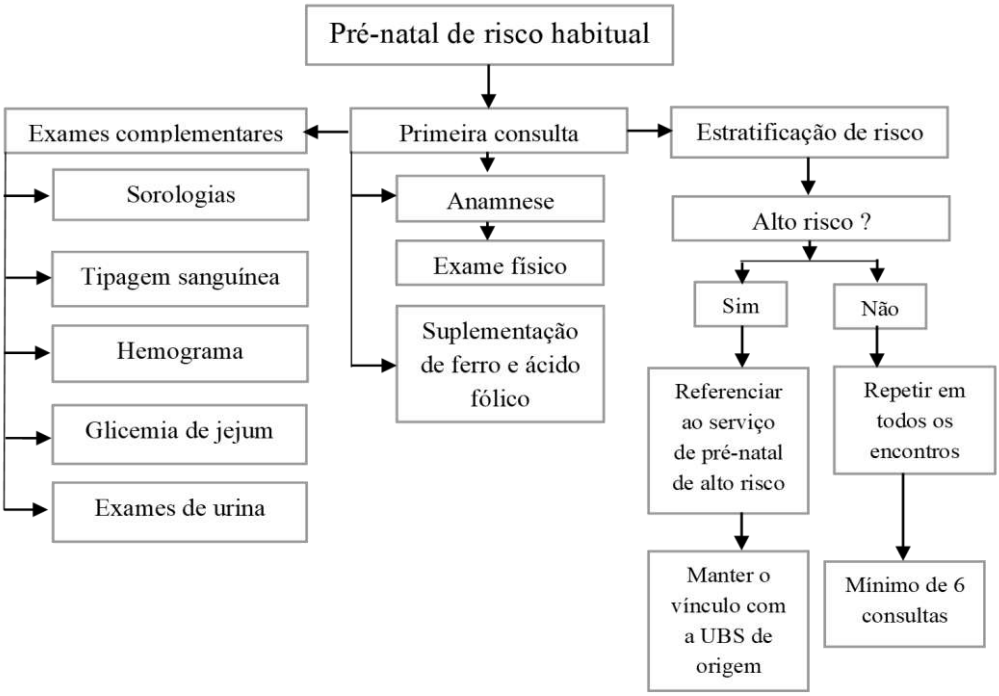
d. Indica estágio pré-diabetogênico. Necessário confirmar com nova GJ (24-28 semanas).

e. O valor de 102 mg/dl fecha o diagnóstico de diabetes gestacional.

Gabarito: 1.C; 2. D; 3. E.

FLUXOGRAMA

Figura 3 – Pré-natal de risco habitual na atenção primária á saúde



REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Liduína et al (org.). Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará. 1. ed. Fortaleza: Littere, 2018.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Ultrasonography in pregnancy. Practice Bulletin No. 101. [S.L.]: [s.n.], 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. Brasília: 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 32). Disponível em: http://goo.gl/ZhsG6p. Acesso em: 29.11.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS no 650, de 5 de outubro de 2011. Brasília: 2011. Disponível em: http://goo.gl/DkWgRg. Acesso em: 29.11.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 29.11.2020.

CUNNINGHAM, F. Gary et al. Obstetrícia de Williams. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E.R.J (org.). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERNANDES, Cesar; SÁ, Marcos (ed,); NETO, Corintio (coord.). Tratado de obstetrícia Febrasgo. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.

FREITAS, Fernando, et al. Rotinas em obstetrícia. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José; DIAS, Lêda (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

GUSSO, G.D.F. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. 2ª ed. (CIAP-2) [tese]. São Paulo: USP; 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington: National Academy Press, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/uqJg8t> Acesso em: 29.11.2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília: OPAS; 2016.

PEIXOTO, Sérgio. Manual de assistência pré-natal. 2 ed. São Paulo (SP): Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization.; 1995.

ZUGAIB, Marcelo. Obstetrícia. 3.ed. São Paulo: Manole, 2016

CAPÍTULO XII

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS COMUNS NA GESTAÇÃO: UMA ABORDAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-12

Autor(a): Gefferson Dias Teixeira
Coautores: Felipe Pinheiro Mendes
Nathaniel dos Santos Sousa
Victor Carneiro de Souza
Orientador(a): Márcio Fragoso Vieira

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento de profunda mudanças fisiológicas no corpo materno. Essas alterações vão desde alterações hormonais com repercussões gastrointestinais, hematológicas às mudanças anatômicas que promovem maior propensão a infecções de trato urinário.

Diante desse cenário, da abordagem inicial e continuada da grande maioria de gestantes em pré-natal de baixo risco nos PSF, teceremos alguns comentários sobre as patologias mais comuns desse período. Abordaremos também o modo de como abordá-las de modo prático e simples com as condições disponíveis nos serviços da atenção primária.

2. DOENÇAS GASTROINTESTINAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

2.1. HIPERÊMESE GRAVÍDICA

2.1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

Náuseas e vômitos são queixas comuns na gestação, acometem cerca de 85% das gestantes nos primeiros meses. Apresentam melhora progressiva com o transcorrer da gestação, tornando-se infrequente após a 2 metade de gravidez. No entanto, em um grupo de grávidas pode haver repercussões clínicas e laboratoriais importantes, levando a internação hospitalar.

A hiperêmese gravídica é a primeira causa de internação hospitalar na primeira metade da gestação.

O diagnóstico de hiperêmese gravídica é de exclusão, é marcado pela presença de náuseas, vômitos incoercíveis que levem a perda de peso, desidratação, cetonúria, desiquilíbrio hidroeletrolítico sem outra causa clínica conhecida.

A teoria mais aceita se deve ao estímulo hormonal. Observa-se que a incidência das crises se manifesta com o pico de HCG, assim como melhora com a queda deste. Além disso, observa-se maior propensão ao surgimento do evento em situações que promovam a elevação de HCG, tais como mola Hidatiforme, gestação gemelar. Além do HCG, há também a contribuição do estrogênio na fisiopatologia da doença. Sabe-se que o estrogênio é um hormônio emético, portanto sua elevação aumenta os sintomas da doença.

Os principais fatores de risco são condições com aumento da massa placentária: Gemelaridade, Mola hidatiforme, episódio prévios de hiperêmese gravídica, enxaqueca e gestação de feto do sexo feminino.

Pacientes tabagistas apresentam menor taxa de HCG e estradiol circulante e menor incidência de hiperêmese gravídica.

2.1.2. FORMAS CLÍNICAS E TRATAMENTO

Alguns autores dividem as formas clinicas em:

Forma moderada	Perda de peso < 5%	Fc< 100 BPM	Vômitos Simples
Forma grave	Perda de Peso > 5%	FC > 100 bpm	Cetonúria	Vomitos incoercíveis

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

Achados laboratoriais mais comuns

A elevação do HCG pode promover um hipertireoidismo transitório leve, que melhora espontaneamente sem tratamento

Alcalose Metabólica hipoclorêmica	Hipocalemia	Hemoconcetração	Elevação de enzimas hepática, não superando a 4x o LSN	Elevação de Amilase/ Lipase/ bilirrubinas

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

2.1.3. COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

- Síndrome Mallory-Weiss-> lesão de mucosa esofágica por vômitos em excesso
- Síndrome de Wernick (ataxia, alterações oculares e confusão menta) -> vômitos em excesso promovem depleção do estoque de B1, então após reposição de solução glicosada, pode haver início desse quadro.
- Insuficiência renal aguda -> a desidratação em excesso pode levar a necrose tubular aguda.
- Fetos PIG ou restritos para idade gestacional

2.1.4. TRATAMENTO AMBULATORIAL PARA HIPERÊMESE GRAVÍDICA.

Vitamina b6 (piridoxina)	10 a 25 mg de 6/6h
Dimenidrinato	100mg de de 6/6h
Metoclopramida	10 mg de 6/6h
Ondasetrona	4 a 8mg 6/6h
Gengibre	125 a 250 mg de 6/6h

Fonte: Adaptado de uptodate, (2021).

A não resposta ao tratamento oral implica em tratamento venoso que pode ser realizado na unidade básica com reposição de cristalóides. Deve-se realizar a infusão de 100mg de tiamina cada litro de cristaloide. Isso visa prevenir a síndrome de Wernick.

A paciente deve ser mantida em jejum até melhora das crises, retornando a alimentação com aproximadamente 24h após jejum. A alimentação deve ser leve e hipercalórica.

2.1.5. QUANDO ENCAMINHAR PARA TRATAMENTO HOSPITALAR?

- Ausência de resposta ao tratamento oral
- Sinais de descompensação clínica -> estado geral ruim, sonolência, sinais de desidratação grave.
- Perda de peso superior a > 5% do peso pré-gravídico.

2.2. APENDICITE

2.2.1. INTRODUÇÃO

A apendicite é a causa de cirurgia não obstétrica mais comum na gestação, podendo acometer 1:1000 gestações. Os achados clínicos e laboratoriais em gestantes são diferentes

de pacientes não gestantes, levando as vezes a falsas suspeições aceitáveis, pelo difícil diagnóstico. A taxa de laparotomia brancas em pode chegar a 35%.

Fundamental importância do médico da atenção básica triar e encaminhar adequadamente um caso suspeito para o pronto-atendimento.

2.2.2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO.

O quadro clássico da apendicite é marcado por dor periumbilical que irradia posteriormente para fossa ilíaca direita, associado a anorexia, febre e leucocitose no leucograma. Porém, nas pacientes gestantes muitos fatores se confundem**.** Náuseas e vômitos são comuns na gestante, assim como leucocitose discreta. Além disse o abdome gravídico impede a correta avaliação de irritação peritoneal.

Há uma elevação natural do apêndice de acordo com a progressão da idade gestacional. O que dificulta ainda mais o diagnóstico. Logo, pode haver dor em hipocôndrio direito, confundindo com colecistite aguda. A elevação progressiva do apêndice corrobora para o aumento progressivo do risco de perfuração, a medida que a idade gestação progride. Isso se dar pela incapacidade de bloqueio pelo omento. Tabela de autoria do autor.

Diante desse quadro, qualquer gestante com história de hiporexia, náuseas e vômitos, febre deve ser encaminhada para avaliação com cirurgião.

Fonte: elaborada pelos autores, (2021).

3. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

3.1. INTRODUÇÃO

Gestação promove mudanças fisiológicas que levam ao aumento da de itu (infecção do trato urinário) destaca-se: Diminuição do peristaltismo, glicosúria, aminoaciúria, aumento da produção de urina, compressão do trato urinário pelo útero. Além disso, sabe-se que a incidência de itu na gestação está relacionada com complicações como trabalho de parto prematuro, fetos pigs/ restritos e urosepse. Isso justifica que toda gestante deve ser rastreada no pré-natal.

O ministério da saúde em seu manual de 2012 orienta a realização de EAS e urinocultura no primeiro e terceiro trimestre de gestação como medida de rastreio outros pontos devem estar em mente do médico da atenção básica, assim ressalta-se:

Toda ITU implica em cultura de controle com 7 dias de tratamento	Acompanhar mensalmente com cultura toda gestante com episódio prévio de ITU	A recorrencia do quadro implica em tratamento guiado por antibiograma

3.2. BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA.

Bacteriúria assintomática associado a episódio prévios de pielonefrite são os maiores fatores de risco para essa doença. O que caracteriza bacteriúria assintomática é o crescimento de 100000 de colônias no jato médio de urina em pacientes assintomáticas.

Apresenta incidência que varia de 2% a 10% das gestantes pode evoluir para forma sintomática em 25%, o que justifica o tratamento. Os principais microorganismos envolvidos são *Echerichia coli* com acometimento em 80% dos casos, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* e *Enterobacte.* são as bactérias da flora perineal.

O tratamento segue os mesmos princípios da cistite: realizar antibiótico sensível no antibiograma por 5 a 7 dias. Deve-se realizar controle de cura com nova cultura com antibiograma 7 dias após o tratamento.

3.2.1. O TRATAMENTO PODE SER REALIZADO COM:

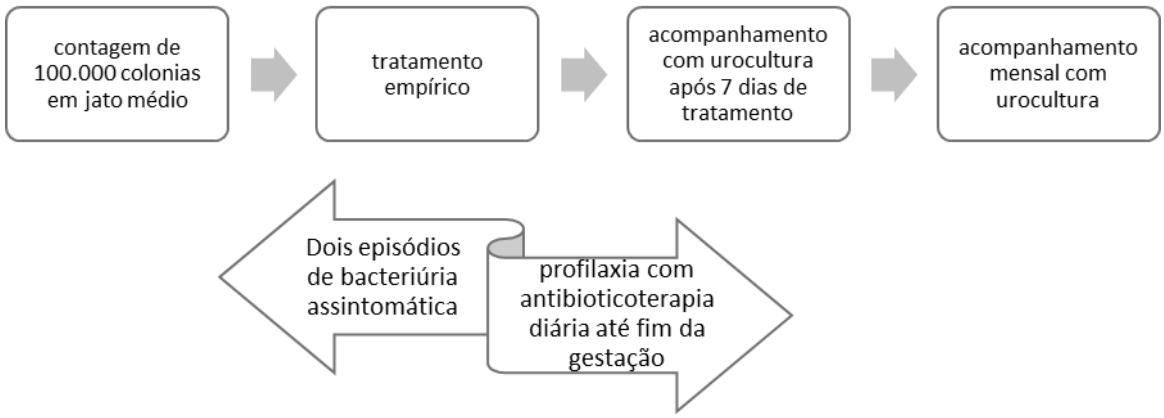
Nitrofurantoína	100mg	Tomar 01 cp de 6/6h por 7 dias
Cefalexina	500mg	Tomar 01 cp de 6/6h por 7 dias
Amoxicilina	500mg	Tomar 01 cp de 8/8h por 7 dias
Fosfomicina	3 g	Dose única

Fonte: Esquema retirado Tratado de Ginecologia Obstetricia febrasgo, (2020)

Deve-se evitar nitrofurotoina no primeiro trimestre e próximo ao termo.

A chance de recorrência chega a 30% dos casos, por isso deve-se seguir mensalmente com novo EAS, urinocultura. Um novo episódio implica em novo tratamento e profilaxia até o final da gestação com antibioticoterapia.

A profilaxia pode ser realizada com nitrofurotoína 100mg/dia, cefalexina 250mg/dia, ampicilina 250mg/dia até o fim da gestação.



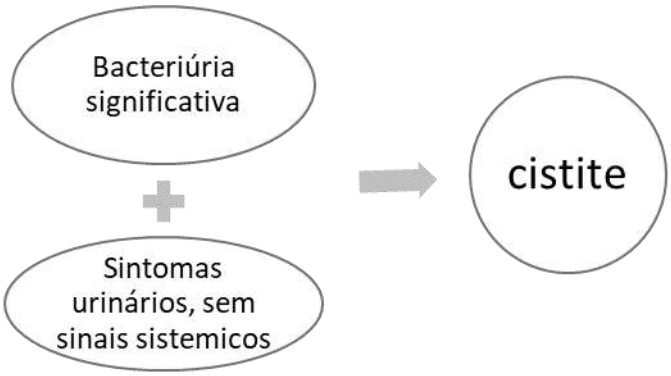
Fonte: Adapatado Tratado de Ginecologia Obstetricia Febrasgo, (2020)

3.3. CISTITE

É a bacteriúria significativa associado a sintomas do trato urinário baixa (disúria, desconforto suprapúbica, frequência e urgência urinárias). Esses sintomas não devem ser acompanhados de sinais sistêmicos como febre.

Incidência de 1% a 2% das gestações e raramente há acometimento renal. O diagnóstico é a associação dos sintomas típicos com cultura positiva.

Tratamento empírico. Não é necessário resultado da cultura para iniciar o tratamento. Idealmente deve-se colher a urina antes do início da antibioticoterapia, mas deve-se aguardar o resultado para iniciar o tratamento. Os antibióticos seguem o mesmo padrão da bacteriúria assintomática assim como o acompanhamento e profilaxia.



Fonte: elaborado pelos autores, (2021).

3.4. PIELONEFRITE

A Pielonefrite é a principal causa de sepse na gestação. Acomete em 50% dos casos trato urinário direita, unilateral a esquerda em 25% e bilateral em 25%. Isso se deve a dextrorrotação uterina que determina obstrução uretral.

Doença apresenta mesmo espectro de microorganismos das infecções anteriores.

A pielonefrite é acompanhada de sinais sistêmico como febre, cefaleia, queda do estado geral, náuseas e vômitos. Comumente, se encontra associado à hiperepersensibilidade ao do ângulo costo-vertebral. Pode estar associado a deterioração da função renal, hemólise, anemia e sepse.

Diante de qualquer sinal de pielonefrite durante o pré-natal a paciente deve ser encaminhada para a maternidade, onde deve-se iniciar antibioticoterapia endovenoso e avaliação laboratorial.

4. DOENÇA RESPIRATÓRIA NA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

4.1. PNEUMONIA NA GESTANTE

4.1.1. INTRODUÇÃO

A pneumonia acomete 0,78-2,7 a cada 1000 mil partos, está associado a maior índice de parto prematuro, baixo peso ao nascer. O médico da atenção primária deve saber triar os casos graves e quando e como iniciar o tratamento nas gestantes.

Os germes mais comuns são o *Streptococo pneumoniae* em 17%, *Haemophilus Influenze* em 6%, em menor número apresenta-se outros agentes dentre eles os *atípicos Legionella,pneumphilia, Mycoplasma sp*. No entanto, apenas 40% das infecções tem os germes identificados

As pneumonias virais (principal exemplo é a influenza) em gestantes tendem a ser mais graves, por isso é preconizado a imunização anual das gestantes segundo o calendário vacinal do PNI (programa nacional de imunizações).

4.1.2. QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico é marcado por tosse, dispneia, febre, dor pleurítica. Ao exame físico observamos taquipneia, ruídos adventícios ou ausência de sons no local acometido.

4.1.3. DIAGNÓSTICO

Quadro clínico + raio X de tórax. Esse exame pode ser realizado com segurança na gestante

4.1.4. CONDUTA

Ressalta-se que atualmente não há consenso sobre os escores de gravidade como o Curb-65, já que estes não foram validados durante a gravidez.

Há possibilidade de tratar casos leves ambulatorialmente, desde que haja acompanhamento.

Todo caso de pneumonia moderada grave deve ser encaminhado para tratamento hospitalar, qualquer um dos critérios abaixo presente implica em internamento.

Critérios de Gravidade
▪ Frequência Respiratória> 30
▪ Confusão mental/ desorientação
▪ Hipotermia< 36º C
▪ Uremia
▪ Leucopenia < 4000 mil
▪ Trombocitopenia < 100000
▪ Hipotensão refratária

Fonte: Adaptação de uptodate (2021)

O tratamento da pneumonia leve segue o mesmo o padrão da não gestante, ou seja, para tratamento ambulatorial deve-se optar por macrolídeo ou betalactâmico.

i. Azitromicina 500 mg, 1 cp, vo por 5 dias ou amoxicilina 500 mg 1cp vou de 08/08 h;
ii. Oseltemivir 75 mg 1cp de 12/12h por 5 dias (se houver suspeita de síndrome gripal causada por influenza, independentemente da situação vacinal).

Fonte: Adaptação uptodate (2021).

5. CORRIMENTO NA GESTAÇÃO

5.1. INTRODUÇÃO:

A gestação por si só aumenta naturalmente o aumento do corrimento fisiológico das gestantes, em especial no terceiro trimestre. Entretanto, o médico da atenção básica deve estar vigilante quanto a possiblidade desse corrimento ser patológico.

A vaginose bacteriana e a candidíase são as causas de corrimento patológico mais prevalentes. O tratamento destes além de melhorar o incômodo que essas patologias promovem, mas também diminuem as complicações obstétricas relacionados em especial à vaginose bacteriana tais como o trabalho de parto prematuro.

5.2. VAGINOSE BACTERIANA:

5.2.1. DEFINIÇÃO

Uma mudança da microbiota vaginal de espécie de Lactobacillus para uma uma alta diversidade de bactérias, incluindo anaeróbios facultativa. Isso leva à produção de aminas voláteis pela nova microbiota vaginal e aumento resultante do PH > para 4,5

5.2.2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

O diagnóstico de VB geralmente é baseado nos critérios de Amsel que são simples e úteis, as vezes os três primeiros podem estar presente na tricomoníase. Para o diagnóstico necessita da presença de 3 dos 4 abaixo citados.

i.	Corrimento homogêneo, fino, branco-acinzentado que reveste suavemente as paredes vaginais.
ii.	Ph vaginal> 4,5
iii.	Teste da aminas positivos, DEFINIDO COMO presença de cheiro de peixe quando uma gota de KOH a 10% é ADICIONADO A uma amostra de secreção vaginal.
iv.	Presença de clue cells

Fonte: Protocolo Ministério da Saúde, (2019)

5.2.3. TRATAMENTO DA GESTANTE

O tratamento da vaginose bacteriana pode ser realizado via oral ou via vaginal. O tratamento oral mostrou-se seguro na gestação, sem efeitos adversos nem obstétricos nem fetais.

As opções terapêuticas são:

Metronidazol 500 mg 1 cp vo de 12/12 h por 7 dias
Metronidazol 250 mg 1 cp vo de 08/08 h por 7 dias
Clindamicina 300mg 1 cp vo de 12/12 h por 7 dias

Fonte: Protocolo Ministério da Saúde, (2019).

O tratamento vaginal:

Metronidazol creme vaginal 2% fazer um aplicador cheio a noite por 7 noites
Clindamicina gel vaginal 2% fazer um aplicador cheio a noite por 7 noites

Fonte: Protocolo ministério da saúde 2019

5.3. CANDIDÍASE NA GESTAÇÃO

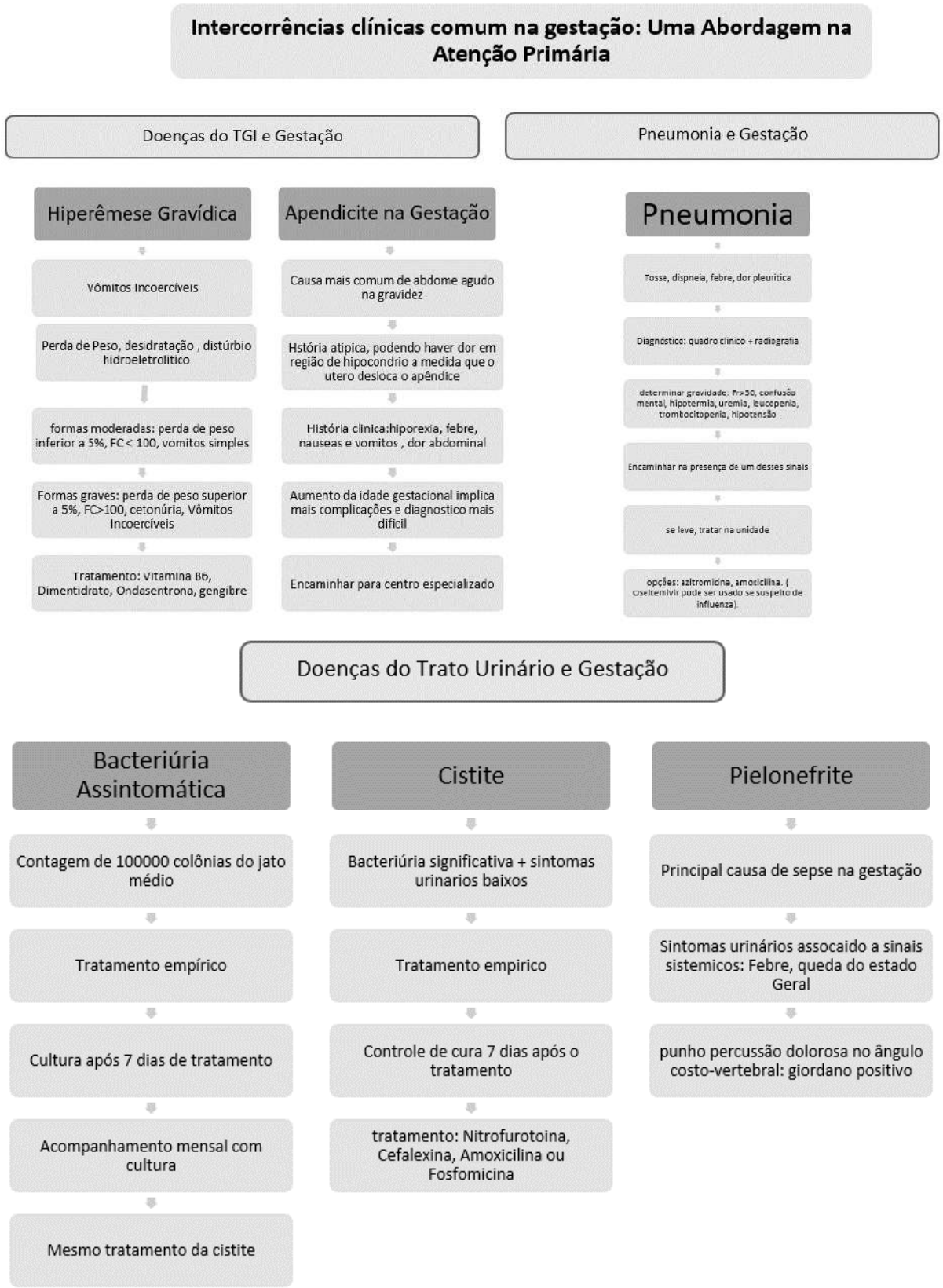
A candidíase é uma das principais causas mais comuns de prurido e secreção vulvovaginal. O distúrbio é caracterizado por inflamação no ambiente vulvo vaginal, levando à prurido e eritema na região. A presença de corrimento branco espesso, aderido às paredes vaginais, associado a PH vaginal normal a mais ácido (4-4,5) corroboram o diagnóstico

A candidíase não estar associado a resultados adversos na gestação. O tratamento visa a melhora dos sintomas e deve ser feito com clotrimazol ou miconazol por via vaginal por 7 dias. Está contraindicado o uso oral de derivados azólicos por aumentar natimortalidade, abortamento e provável ação teratogênica.

6. SANGRAMENTO NA GESTAÇÃO

Será comum para o médico da atenção básica durante o pré-natal, entretanto nesses casos é importante a avaliação especializada. O melhor a ser feito é a confirmação da origem do sangramento, se este é vulvar, vaginal ou vem do colo. O sangue vindo do OEC implica em encaminhamento, pois alguns diagnósticos devem ser descartados de acordo com a idade gestacional.

FLUXOGRAMA



Fonte: elaborado pelos autores (2021).

7. HORA DO TREINAMENTO

1) **Surce (seleção unificada para residência medica do ceará) 2013 Mulher 16 anos de idade internada com gestação de 14 semanas e quadro de vômitos incoercíveis há 3 semanas, emagrecimento e desideratação. Qual distúrbio hidroeletrolítico mais associado?**

    a) Acidose e hiponatremia
    b) Alcalose e hipocoloremia
    c) Acidose e hiperpotassemia
    d) Alcalose e hiperpotassemia
    e) Hipopotassemia e hipernatremia

    Resposta: letra B comentário: principal distúrbio hidroeletrolítico na hiperemese gravídica é alcalose com hipocloremia.

2) **SCMBH (Santa Casa de Misericórdia de BH) 2019: As gestantes podem apresentar distúrbios renais e do trato urinário com ou sem repercussões clinicas. Sobre essas alterações assinale a correta:**

    a) A hipertrofia funcional renal contribui para retenção hídrica na gravidez
    b) O tratamento da bacteriúria assintomática previne o surgimento de pielonefrite na gravidez
    c) Pielonefrite em gestantes jovens e sadias não é considerada infecção grave
    d) Litíase renal deve ser retirada na gestação mesmo em pacientes assintomáticas por ser fator de risco para pielonefrite.

    Resposta: os dois principais fatores de riscos para pielonefrite são a um episódio de pielonefrite anterior e a bacteriúria assintomática, logo, toda bacteriúria assintomática deve ser tratada.

3) **AMGRIGS 2017: São fatores relacionados à gestação, verificando se estão associados com risco de infecção urinária:**

    I estase urinária

    II compressão ureteral pelo útero

    III diminuição fisiológica da imunidade da gestante

    a) Apenas I
    b) Apenas II
    c) Apenas III

d) Apenas I e II

e) I, II E III

Resposta letra E. todos os fatores são fatores de riscos para maior prevalência de itu.

REFERÊNCIAS:

ANDERSEN, B; NIELSEN, T.F. Apendicite na gravidez: diagnóstico, tratamento e complicações. [S.L]: Acta Obstet Gynecol Scand, 1999. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-pregnancy/abstract/4 Acesso em 07.06.2021.

BICKELL, N.A; AUFSES, A.H Jr; ROJAS, M; BODIAN C. Como o tempo afeta o risco de ruptura na apendicite. [S.L.]: [s.n], 2006. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-pregnancy/abstract/2 Acesso em: 07.06.2021.

BISCHOFF, S.C.; RENZER, C. Náusea e nutrição. Autin Neurosci. [S.L]: [s.n], 2006. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome/abstract/3 Acesso em: 07.06.2021.

DUNCAN, J.W; HARDING, V.J. Um relatório sobre o efeito da alimentação com alto teor de carboidratos nas náuseas e vômitos da gravidez. Can Med Assoc J. [S.L]: [s.n], 1918. Disponível em: < https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome/abstract/5> Acesso em: 07.06.2021.

ERICK, M. No More Morning Sickness: A Survival Guide for Pregnant Women. New York: [s.n], 1993.

KORETZ, R.L; ROTBLATT, M. Medicina complementar e alternative em gastroenterologia: o bom, o ruim e o feio. Clin Gastroenterol Hepatol. [S.L]: [s.n], 2004Disponível em: < https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome/abstract/5> Acesso em 07.06.2021.

NEWMAN V; FULLERTON, J.T.; ANDERSON, P.O. Avanços clínicos no tratamento de náuseas e vômitos graves durante a gravidez. J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Califórnia-EUA: [s.n], 1993. P. 483. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome/abstract/2 Acesso em 07.06.2021.

RAMIM, Susan M. Comissão de boletins de prática-obstetrícia. ACOG Pratice Bulletin No. 189: Náusea e vômito da gravidez. Obstet Gynecol. [S.L]: [s.n], 2018. Disponível em: < https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/01000/ACOG_Practice_Bulletin_No__189__Nausea_And.39.aspx> Acesso em 07.06.2021.

TAMIR, I.L.; BONGARD F.S; KLEIN, S.R. Apendicite aguda na paciente grávida. [S.L]; [s.n], 1990. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-pregnancy/abstract/1 Acesso em 07.06.2021.

URBANETZ, Almir Antonio. Manual Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo para o Residente. 2 ed.

WEINGOLD, A.B. Apendicite na gravidez. [S.L]: Clin Obstet Gynecol, 1983. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-pregnancy/abstract/3 Acesso em 07.06.2021.

UNIDADE III

CAPÍTULO XIII

DIABETES MELLITUS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-13

Autor(a): Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Coautores: Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Jamine Yslailla Vasconcelos Rodrigues
Samuel da Costa Fernandes
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO:

A Diabetes Mellitus (DM) é a doença crônica que mais cresce atualmente e é caracterizada por um quadro hiperglicêmico, o qual é ocasionado por falhas na ação e/ou na liberação de insulina. Desse modo, constitui problema de saúde pública em um cenário de grande urbanização e de envelhecimento populacional, bem como de intensa prevalência da epidemia de obesidade e de sedentarismo.

Em 2014, foi estimada a prevalência de 387 milhões de pessoas diabéticas à nível mundial, sendo 12 milhões no Brasil, o que gera ao país um aumento das taxas de hospitalização, morbimortalidade e incapacidade laboral, além de diminuir a expectativa de vida em cerca de 8 anos.

Essa doença possui maior prevalência no sexo feminino e em maiores faixas etárias, encontrando-se entre as 5 maiores adversidades enfrentadas pelo médico de família. Diante disso, é importante a aprimoração de conhecimentos, de técnicas e de estratégias para manejar os pacientes diabéticos na atenção primária, enfatizando a necessidade de cuidados contínuos e centralizados no paciente.

2. CLASSIFICAÇÃO:

Etiologicamente, a diabetes é dividida em 4 grupos principais, são eles:

DM1: (Prevalência de 5-10%). Ocasionada pela destruição das células b-pancreáticas, de modo a dificultar a secreção de insulina. Ocorre principalmente em crianças e adolescentes

e pode ter causa autoimune (tipo 1A), idiopática (tipo 1B) ou ocorrer de forma lentamente progressiva em adultos (LADA).

DM2: (Prevalência de 90-95%). Ocorre em decorrência da resistência insulínica em pessoas que não possuem um pâncreas capaz de manter níveis de insulina suficientes. A prevalência aumenta com a idade e com a incidência de sobrepeso, sendo a maioria das pessoas assintomáticas no início da doença.

Diabetes gestacional: (Prevalência de 1-14% das gestações). Ocasionada por problemas no metabolismo dos carboidratos que prejudicam a normoglicemia, os quais são iniciados ou diagnosticados durante a gestação. Esse quadro costuma ser reversível após a gestação, mas pode ocasionar maior risco de desenvolvimento de DM2 em cerca de 5-16 anos depois do parto.

Outros tipos específicos: MODY, doenças no pâncreas, endocrinopatias, infecções, síndromes genéticas, iatrogenia etc.

3. QUADRO CLÍNICO:

Considerável parte das pessoas com diabetes permanece sem sintomas durante longos períodos, mas quando os sintomas surgem, os pacientes podem apresentar polidipsia, poliúria, polifagia e perda ponderal (conhecidas como “polis”), bem como vaginites e balanopostites recorrentes, alterações visuais e fadiga.

Na DM1 os sintomas costumam ocorrer de forma mais rápida, com intenso emagrecimento e desidratação, o que pode complicar para cetoacidose diabética. Já a DM2 apresenta curso mais gradual e pode evoluir para coma hiperosmolar não cetótico.

A diabetes pode causar danos aos vasos sanguíneos, aos glomérulos renais, à retina e aos nervos periféricos e autonômicos, sendo importante causa de insuficiência renal crônica dialítica, cegueira adquirida, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e amputações não traumáticas.

4. DIAGNÓSTICO:

Tendo em vista que a principal consequência da diabetes é o aumento dos níveis de glicose no sangue, a glicemia deve ser efetivamente avaliada para diagnosticar a doença. Entre os exames disponíveis para fazer tal medição, temos a Glicemia de Jejum (GJ), a glicemia

casual, a glicemia 2h pós-sobrecarga de 75g de glicose (TOTG) e a hemoglobina glicada (HbA1c), a qual possui maior conveniência (por não necessitar de jejum), boa associação com complicações tardias da DM e maior sensibilidade pré-analítica, no entanto, tem maior custo e menor disponibilidade.

Assim, são considerados exames alterados utilizados como critérios de diagnóstico (Tabela 1):

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dℓ
- Curva glicêmica pós-sobrecarga com 75 g de glicose (teste de tolerância de glicose oral – TTGO) com glicemia ≥ 200 mg/dℓ em 2 h
- Hemoglobina glicada (HbA1C) ≥ 6,5%, por um método laboratorial certificado pelo National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP).

Sendo confirmado o diagnóstico quando há 2 exames alterados de uma mesma amostra ou de amostras diferentes, não necessariamente referentes ao mesmo tipo de exame. Além disso, também existem quadros intermediários de glicemia (conhecidos como pré-diabetes), os quais representam um maior risco para desenvolver a doença e suas complicações, são eles:

- Glicemia de jejum alterada (GJA): glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dℓ
- Glicemia 2 h após o TTGO com 75 g de glicose entre 140 e 199 mg/dℓ
- HbA1C alterada: HbA1C entre 5,7 e 6,4%.

Em indivíduos assintomáticos ou com poucos sintomas, duas GJ maiores ou iguais a 126 mg/dl, por exemplo, já são suficientes para confirmar o quadro. Já indivíduos com GJ entre 100 e 126 mg/dl e com 2 ou mais fatores de risco para DM, é recomendado que seja realizado o TOTG para complementar a avaliação.

No tocante aos pacientes com sintomas clássicos (poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso), apenas uma glicemia plasmática casual acima de 200 mg/dl é suficiente para confirmar o diagnóstico. Já para as crianças que não apresentam esse quadro clínico característico, são os utilizados os mesmos critérios dos adultos, com a ressalva de que, no exame TOTG, deve ser administrado 1,75g de glicose por kg (não ultrapassando 75 g).

Em poucos casos, como em alguns indivíduos jovens, é necessário realizar exames sorológicos para diferenciar DM1 e DM2, como a dosagem dos anticorpos anti-insulina (IAA), antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD) e anti-ilhota (ICA).

Tabela 1 - Critérios Diagnósticos para DM recomendados pela ADA e pela SBD.

Exame	Normal	Pré- diabetes	Diabetes
Glicemia de jejum (mg/dl)	<100	100 a 125	≥ 126
Glicemia 2 horas após TOTG com 75g de glicose (mg/dl)	<140	140 a 199	≥200
Hemoglobina glicada (%)	<5,7	5,7 a 6,4	≥ 6,5

Fonte: Adaptado de "Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes" (2019,2020); TOTG: teste oral de tolerância a glicose.

5. CONDUTAS:

À princípio, é necessário que seja feita uma boa anamnese, investigando a sintomatologia, o histórico familiar e os fatores de risco, bem como reavaliando níveis glicêmicos e tratamentos anteriores. Além disso, é preciso realizar um exame físico eficaz que inclua a pesquisa de complicações micro e macro vasculares e o exame do pé diabético, de modo a examinar a sensibilidade superficial e profunda, os pulsos e a presença de infecções, feridas e deformidades.

Também é de extrema importância a avaliação dos perfis lipídicos e pressóricos, estabelecendo metas individualizadas para controlá-los. Ademais, é interessante indicar anualmente a investigação da função renal, o exame oftalmológico e o eletrocardiograma de repouso.

Quanto às imunizações, o paciente diabético deve realizar a vacinação para o vírus influenza uma vez por ano, para tétano a cada 10 anos e para pneumococo, ressaltando-se que, nos indivíduos acima de 65 anos, o reforço deve ser feito se a última dose tiver sido administrada há mais de 5 anos.

5.1. METAS TERAPÊUTICAS

Segundo a American Diabetes Association (ADA), preconiza-se como alvo terapêutico uma glicemia de Jejum e uma glicemia pré-prandial entre 90 a 130 mg/dl, bem como uma glicemia pós-prandial menor que 180 mg/dl e uma hemoglobina glicada (HBA1C) menor que 7%.

Planos mais flexíveis (HBA1C menor que 7,5 a 8,5 %) devem ser destinados para pacientes mais fragilizados, com altas faixas etárias, doença há longo período e com quadros repetidos de hipoglicemia. Sob o mesmo raciocínio, faz-se necessário o estabelecimento de

metas mais restritivas (HBA1C menor 6 a 6,5%) para os pacientes com maior expectativa de vida, com curta duração da doença e sem complicações significativas.

Tabela 2 - Metas de controle metabólico de acordo com sociedades científicas

Sociedade	Glicemia pré-prandial (mg/dl)	Glicemia pós-prandial (mg/dl)	HbA1c (%)
ADA	80 a 130	<180	< 7,0
IDF	< 115	<160	< 7,0
AACE	< 110	< 140	< 6,5
SBD	< 100	< 160	< 7,0

Fonte: ADA: Associação Americana de Diabetes; IDF: Federação Internacional de Diabetes; AACE: Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos; SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes; HbA1c: hemoglobina glicada. (2020).

5.2. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Uma das principais indicações para os pacientes diabéticos são as mudanças do estilo de vida. É recomendada uma alimentação balanceada, diminuindo a ingesta de açúcares e gorduras e aumentando o consumo de fibras e de ômega-3. Também é importante a prática de exercícios físicos, de preferência combinando treinos aeróbicos e de resistência por mais de 150 minutos por semana. Além disso, é prudente a cessação do tabagismo e a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas.

5.3. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

No que se refere ao tratamento farmacológico da DM1, ele deve ser feito com insulinoterapia plena (associando insulina basal com insulina de ação rápida ou ultrarrápida). No entanto, seu manejo não será abordado nesse capítulo, tendo em vista que seu acompanhamento é melhor realizado por médicos especialistas, ficando a cargo dos médicos da atenção primária o acompanhamento e a vigilância desses pacientes por meio de exames laboratoriais.

Já o tratamento de DM2 deve ocorrer de forma gradual. Se as modificações do estilo de vida não forem suficientes para atingir as metas glicêmicas em 3 meses, deve-se associá-las ao uso da metformina, principalmente quando não há contraindicações e quando os pacientes possuem sobrepeso ou obesidade. Esse medicamento, além de atuar reduzindo a produção de glicose pelo fígado, diminui a resistência insulínica e também é indicada nos casos com manifestações leves (com poucos sintomas e com glicemia < 200), não causa hipoglicemia, reduz os níveis de LDL e triglicérides, está contraindicada em pacientes com TFG <30 mL/min e deve ser administrada com cuidado em pacientes no pré e no pós-operatório, bem como em pessoas submetidas a exames de imagem com contraste.

Em casos de contraindicação ou de intolerância à metformina, outros antidiabéticos orais podem ser utilizados. Quanto aos pacientes em processo de emagrecimento, por exemplo, a primeira escolha é o uso de sulfonilureias, pois provocam ganho de peso. No entanto, devem ser administradas com cautela em idosos devido ao risco de hipoglicemia.

Após 3 meses com o uso de metformina, se as metas terapêuticas não estiverem sendo alcançadas, aconselha-se adicionar outro antidiabético, cuja escolha dependerá da predominância da deficiência de insulina e da resistência insulínica. Já nos casos mais severos, com glicotoxicidade (A1C maior ou igual a 9%, segundo a ADA, mas alguns médicos utilizam o valor de 8%), tal terapêutica combinada de metformina com outro antidiabético deve ser escolhida como plano inicial.

Já os pacientes com manifestações graves, deve-se iniciar insulinoterapia imediatamente. Como é o caso dos pacientes com glicemia maior que 300mg/dL e sintomatologia intensa, HbA1c maior ou igual 10 a 12% ou na presença de claro estressor metabólico, como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM). Ademais, ela também está indicada para os casos que não atingem as metas terapêuticas com o uso de dois ou de três hipoglicemiantes orais e até mesmo quando a combinação de MEV com metformina não alcançar HBA1C menor que 7-8%.

Entre as classes de medicamentos disponíveis pode-se citar:

- *Secretagogos de insulina:* aumentam a secreção de insulina pelas células beta pancretáticas, ex: sulfonilureias e glinidas.
- *Sensibilizadores da insulina:* aumentam a ação da insulina nos seus tecidos-alvo, ex: biguanidades (metformina) e glitazonas.
- *Inibidores da alfa glicosidase:* reduzem a velocidade da digestão e da absorção de carboidratos no intestino delgado.
- *Incretinomiméticos:* Reduzem a secreção de glucagon, aumentam a secreção de insulina e reduzem a velocidade do esvaziamento gástrico em resposta às refeições (efeito incretina).
- *Inibidores SGLT2:* bloqueiam a reabsorção de glicose nos rins, gerando glicosúria. Assim, controlam a glicemia independente da secreção de insulina.

5.4. INSULINOTERAPIA

Como o curso da doença é crônico, é esperado que a função das células beta decline com o tempo, tornando necessário o uso de insulina também para pacientes diabéticos tipo 2. Desse modo, ele é recomendado em sintomatologias intensas, em falhas terapêuticas e em contraindicações de medicamentos orais, bem como em situações específicas, como infecções, gestação, cirurgias, entre outras.

Inicialmente, é preconizado o uso de insulina em dose única antes de dormir (bed time) associada a antidiabéticos orais. Tal esquema pode ser realizado com insulina humana NPH ou com análogos de insulina de longa ou ultralonga duração, a exemplo da glarlina e degludeca, respectivamente. A dose preconizada é de 10UI ou 0,1-0,2 UI/kg para indivíduos mais obesos, as quais devem ser reajustadas de acordo com as medições da glicemia capilar e com a avaliação do controle glicêmico. Tal estratégia facilita a adesão do paciente, além de diminuir o risco de hipoglicemia.

Caso a hiperglicemia persista após às refeições, pode-se começar o esquema basal-plus, que consiste na associação entre insulinas de duração longa ou intermediária com insulina regular ou de curta duração antes da principal refeição do dia. Já nos casos em que a hiperglicemia pós-prandial ocorrer em mais de uma refeição, deve ser acrescentada outra dose de insulina regular ou de ação rápida, também podendo considerar o uso de pré-misturas, que combinam componentes de ação rápida (ex: insulina regular e lispro) com componentes de ação intermediária (ex: NPH).

Não havendo respostas aceitáveis nos esquemas anteriores, é recomendado iniciar a insulinização plena, a qual tenta mimetizar a secreção endógena de insulina (formada por 50% de secreção basal e 50% correspondentes aos picos pós-prandiais). Comumente, o esquema é composto por uma dose de insulina de ação longa/ ultralonga ou 2-3 doses de insulina de ação intermediária associado a 3-4 doses de insulina de ação curta ou rápida por dia, totalizando uma dose total diária de insulina em torno de 0,5-1,5 U/kg. Assim, pode-se utilizar insulina NPH cerca de 2 a 3 vezes ao dia (exemplo: ao despertar, no almoço e ao dormir) ou análogos de ação prolongada, como a glargina (1 vez ao dia), detemir (1-2 vezes por dia) e degludeca (1 vez ao dia). Associado a isso, utiliza-se dose de insulina rápida cerca de 3 vezes ao dia (entre as 3 principais refeições diárias, por exemplo), ressaltando-se que tais esquemas podem variar de acordo com o perfil de resistência e de sensibilidade inerente à cada indivíduo e à cada refeição.

Caso as metas terapêuticas não tenham sido atingidas, é necessário esperar cerca de 48-72h após a prescrição da insulina para mudar o tratamento, pois é necessário observar seus efeitos plenos. Caso as glicemias pós-prandiais estiverem fora do alvo, deve-se modificar as doses de insulina regular/ultrarrápida e, quando a glicemia pré-prandial não for a preconiazada, deve-se alterar a dose de insulina lenta aplicada anteriormente.

Ressalte-se que as alterações dos esquemas insulínicos devem ser guiadas pela Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC), mensurando as glicemias antes e após as refeições, bem como antes de dormir. Também é de extrema importância a certificação da correta adesão da insulina, bem como dos exercícios físicos diários e do plano alimentar. Além disso, os pacientes devem ser orientados quanto aos riscos de hipoglicemia, evitando omitir refeições e praticar exercícios físicos intensamente.

6. CASO CLÍNICO

A.S.G., masculino, 48 anos, sedentário, obeso grau 2, comparece ao posto de saúde sem queixas, apenas para acompanhar a filha que estava com dor de garganta. Após a médica examinar e tratar a menina, aproveita a presença de A.S.G para lhes passar alguns exames de rotina. Na outra semana, A.S.G. volta ao posto para lhes mostrar os exames, entre os quais encontrou uma glicemia de jejum alterada, com o valor de 140 mg/dl. Diante disso, a médica passa um novo exame, o de TOTG, o qual deu o resultado de 220 mg/dl.

1) No que se refere ao caso desse, assinale a afirmativa correta:

A) Deve-se iniciar a insulinização plena, administrando insulina NPH 2 vezes ao dia e insulina regular 3 vezes ao dia, antes das refeições.

B) O paciente foi diagnosticado com pré-diabetes, devendo ser incentivado a participar exercícios e ter uma alimentação saudável para evitar o desenvolvimento da doença.

C) A.S.G. deve ser incentivado a mudar seu estilo de vida, melhorando a alimentação e praticando atividade física por mais de 150 minutos por semana. Se essas medidas não forem suficientes para atingir as metas terapêuticas de glicemia, está indicado iniciar o uso de metformina.

D) Possivelmente, o paciente é portador de DM1, devendo ser tratado concomitantemente com insulina e com metformina.

E) O paciente deve ser medicado com hipoglicemiantes da classe das sulfonilureias, com o intuito de minimizar seu quadro de obesidade.

2) No que se refere à classificação etiológica da diabetes mellitus, assinale o item correto:

A) A diabetes gestacional ocorre devido a alterações no metabolismo lipídico, constituindo um problema autoimune e irreversível.

B) A DM1 é decorrente da destruição das células beta pancreáticas, ocorrendo principalmente em idosos e podendo ser de causa autoimune.

C) A DM2 ocorre devido a incapacidade do pâncreas de manter níveis de insulina suficientes para vencer a resistência insulínica, ocorrendo principalmente em indivíduos com sobrepeso ou obesidade.

D) A DM2 é consequência da destruição de células pancreáticas, ocorrendo principalmente em indivíduos mais jovens e podendo ser de causa autoimune.

E) A DM1 não tem origem autoimune e se relaciona com o aumento da resistência insulínica decorrente de maus hábitos alimentares.

3) Em 2014, foi estimada a prevalência de 387 milhões de pessoas diabéticas à nível mundial, sendo 12 milhões no Brasil, o que gera ao país um aumento das taxas de hospitalização, morbimortalidade e incapacidade laboral, além de diminuir a expectativa de vida em cerca de 8 anos. Sobre o quadro clínico dessa doença, marque o item correto:

A) Grande parte dos pacientes diabéticos tipo 2 permanece assintomático durante curtos períodos e, quando surgem, os sintomas são agudos.

B) Em indivíduos com DM1 os sintomas costumam ocorrer de forma rápida, podendo evoluir para coma hiperosmolar não cetótico.

C) A DM2 possuir curso progressivo e tende a complicar com cetoacidose diabética

D) Entre os principais sintomas, pode-se citar polidipsia, poliúria e perda de peso. No entanto, não é comum o comprometimento renal e oftalmológico no curso da doença.

E) A DM1 possui curso rápido, podendo complicar para cetoacidose diabética.

4) Quanto ao diagnóstico laboratorial de diabetes mellitus, assinale a afirmativa correta:

A) Para dar o diagnóstico da doença são necessários 3 exames alterados.

B) Uma glicemia de jejum de 115 mg/dL confirma diagnóstico de diabetes.

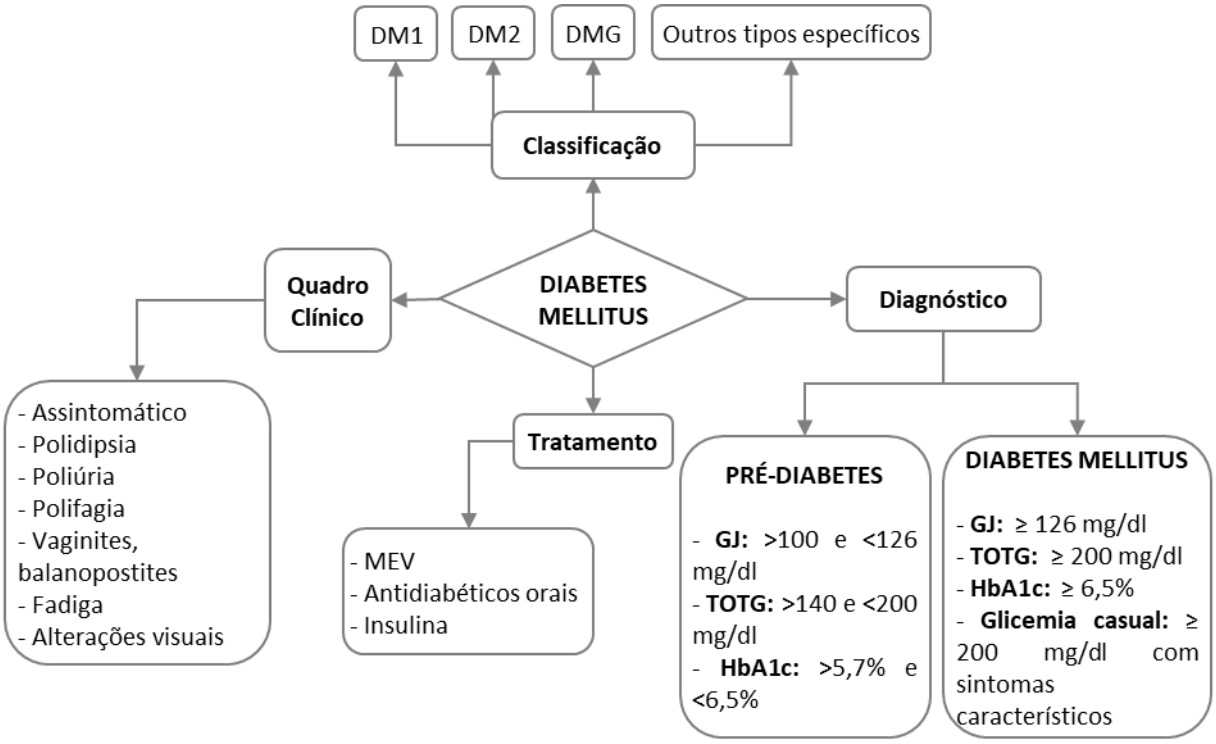
C) Hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5% é considerada normal.

D) Apenas uma glicemia plasmática casual maior que 200mg/dL em pacientes com sintomas clássicos é suficiente para diagnosticar a doença.

E) O TOTG é considerado o exame de escolha para rastreio da diabetes mellitus.

Gabarito: 1C, 2C, 3E, 4D

FLUXOGRAMA



Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS

(ADA), AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. [S.L], [s.n], 2019. P.42.

CHAZAN, Ana Cláudia Santos et al. Diabetes melito tipos 1 e 2. In: GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 4591-4627. v. 2, cap. 178.

CORTEZ, Daniel Nogueira; REIS, Ilka Afonso; SOUZA, Débora Aparecida Silva; MACEDO, Maísa Mara Lopes; TORRES, Heloisa de Carvalho. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. Acta Paulista de Enfermagem. [S.L.]: [s.n.], 2015. p.250-255. v. 28, n. 3.

DIABETES Mellitus: Epidemiologia, classificação e diagnóstico. In: SALES, Patrícia et al. O essencial em endocrinologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016. p. 1415-1421.

GROSS, Jorge L.; SILVEIRO, Sandra P.; CAMARGO, Joíza L.; REICHELT, Angela J.; AZEVEDO, Mirela J. de. Diabetes Mellitus: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. [S.L.]: [s.n], 2002. p. 16-26 v. 46, n. 1.

(SBD), Sociedade brasileira de diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020). São Paulo: AC Farmacêutica, 2019.

VILAR, Lúcio et al (ed.). Endocrinologia Clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2016.

CAPÍTULO XIV

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRIMÁRIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-14

Autor(a): Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
Coautores: Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Paula Fernanda Patriolina Teixeira de Oliveira
Renata Bezerra de Amorim
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, definida pela elevação persistente da pressão arterial, com PA sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) ≥ 90mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação antihipertensiva. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais.

A aferição da PA pode ser usada tanto para rastreamento como para o diagnóstico, logo a sua execução correta é necessária. Para isso, tamanho do manguito, circunferência braquial, orientações pré-aferição, ambiente, aparelho, ansiedade do paciente (exemplo, Hipertensão do Jaleco Branco) podem influenciar nos valores.

Diante da elevação da pressão arterial, poderemos ter o diagnóstico de: hipertensão primária ou hipertensão secundária, assim como as manifestações de urgência e de emergência hipertensivas. Ademais, deve suspeitar quando está diante de casos atípicos de hipertensão arterial naqueles muito jovens sem antecedente familiar, hipertensão grave de difícil controle, presença de sintomas sugestivos das principais causas de HAS secundária, como síndrome de Cushing, hipertireoidismo, síndrome da apneia obstrutiva do sono, etc., devendo referenciar.

2. ETIOLOGIA

A HAS primária está associada a diversos fatores de risco, a doenças já estabelecidas ou isoladamente. Não há uma causa definida para o seu desenvolvimento, porém diversos

fatores podem desencadeá-la, como o consumo elevado de alimentos ricos em sódio, sedentarismo, obesidade, o tabagismo, etilismo, condições socioeconômicas desfavoráveis, situações de estresse, história familiar e outros.

3. CONDUTA

A avaliação clínica e complementar deve ser feita a partir dos objetivos listados a seguir.

i. Confirmação do diagnóstico de HA por medição da PA
ii. Identificação dos Fatores de Risco Cardiovasculares (FRCV)
iii. Pesquisa de Lesões de Órgãos-Alvos (LOAs)
iv. Pesquisa da presença de outras doenças associadas
v. Estratificação do risco Cardiovascular (CV) global
vi. Avaliação de indícios para a suspeita de HA secundária

Anamnese: Boa parte dos pacientes é diagnosticada durante momentos de vida peculiares. Deve-se interrogar sobre fatores de risco (FR) específicos para doenças cardiovasculares (DCV), comorbidades, aspectos socioeconômicos e estilo de vida, hábitos de atividade física, hábitos alimentares, uso de cafeína, álcool, tabaco, histórico familiar de doenças cardiovasculares em familiares de primeiro grau, além do uso prévio e atual de medicamentos e outras substâncias.

Exame Físico: colher dados sobre:

i. PA (medida com técnica adequada); peso; altura; Índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência abdominal para o cálculo do risco CV;
ii. Exame cardiovascular, para auxiliar na suspeita de LOAs: Frequência cardíaca, palpação e ausculta cardíaca, carótidas e pulsos, medida do índice tornozelo braquial (ITB).
iii. Realização da fundoscopia.

Classificação da PA:

A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020, atualizou a classificação, na qual a PA normal passa a ser denominada PA ótima e a pré-hipertensão, a ser dividida em PA normal e pré-hipertensão. Os indivíduos com PAS entre 130 e 139 e PAD entre 85 e 89 mmHg passam a ser considerados pré-hipertensos, pois esta população apresenta consistentemente

maior risco de DCV, doença arterial coronária e acidente vascular encefálico do que a população com níveis entre 120 e 129 ou 80 e 84 mmHg.

Quadro 2. Classificação da pressão arterial de acordo com a medicação no consultório a partir de 18 anos de idade. Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	<120	e	<80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré- hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HÁ Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HÁ Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HÁ Estágio 3	≥180	e/ou	≥110

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

Quadro 3. Definição de hipertensão arterial de acordo com a pressão artéria de consultório, monitorização ambulatorial de pressão arterial e monitorização residencial de pressão arterial. Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

Categoria	PAS (mmHg)		PAD(mmHg)
PA no consultório	≥140	e	≥90
MAPA 24 horas	≥130	e/ou	≥80
Vigília	≥135	e/ou	≥85
Sono	≥120	e/ou	≥70
MRPA	≥130	e/ou	≥80

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.

Quadro 4. Exames complementares de rotina após o diagnóstico:

1. Análise de urina
2. Potássio plasmático
3. Glicemia de jejum e HbA1c
4. Ritmo de filtração glomerular estimado
5. Creatinina plasmática
6. Colesterol total, HDL-C e triglicérides plasmáticos
7. Ácido úrico plasmático
8. Eletrocardiograma convencional

O LDLc é calculado pela seguinte fórmula: LDLc = colesterol total – (HDLc + triglicerídeos/5) (quando a dosagem de triglicerídeos for abaixo de 400 mg/dL). O LDLc também tem sido dosado por alguns laboratórios, fazendo parte da rotina laboratorial. Critério de detecção de HVE – Sokolow-Lyon: SV1 + RV5,6 > 35 mm – Cornell Voltagem: RaVL + SV3 > 20 mm (mulher), > 28 mm (homem).

Estratificação de risco: É necessária a identificação de hipertensos mais propensos às complicações cardiovasculares, especialmente infarto do miocárdio e AVE. O objetivo é estimar o risco global relacionado à hipertensão. A identificação de Doença CV prévia, doença

renal ou Diabetes Mellitus aumenta consideravelmente o risco de eventos CV futuros, independente dos valores da PA.

Quadro 5. Classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível de PA, presença de FRCV, LOA ou comorbidades.

	PA (mmHg)			
FR presença de LOA Ou doença	Pré-hipertensão PAS 130-139 PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS > 180 PAD> 110
Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
>3 FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
LOA, DRC, estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

PA: pressão arterial; FR: fator de risco; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; LOA: lesão em órgão-alvo, DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; DCV: doença cardiovascular.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

Quadro 6. Fatores de risco coexistentes na hipertensão arterial.

• Sexo masculino
• Idade ○ Homens > 55 anos ou mulheres > 65 anos
• História de DCV prematura em parentes de 1º grau ○ Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos
• Tabagismo
• Dislipidemia ○ LDL-colesterol ≥100mg/dL e/ou ○ Não HDL-colesterol 130 mg/dL e/ou ○ HDL-colesterol ≤ 40mg/dL no homem e ≤ 46mg/dL na mulher e/ou ○ TG >150 mg/dL
• Diabetes melito
• Obesidade ○ IMC ≥ 30 kg/m2.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

O resultado do risco cardiovascular não deve ser usado como regra de decisão para a prescrição de tratamentos.

4. TRATAMENTO

O hipertenso não deve ser estimulado a pensar que sua condição é incurável, pois poderá desestimular sua adesão à terapêutica.

Decisão de Tratamento: Em hipertensos estágio 1 e moderado ou baixo risco CV, a terapia não medicamentosa (TMN) é recomendada por 3 a 6 meses, se não houver controle

da PA inicia-se a terapia farmacológica. A intervenção em hipertensos de baixo risco no estágio 1 pode prevenir a progressão para um risco CV mais elevado.

Hipertensos estágios 2 e 3 e/ou de alto risco CV estimado alto, mesmo no estágio 1, devem iniciar o tratamento medicamentoso (TM) associado à TNM imediatamente. A TMN isoladamente não reduz a PA suficiente para alcance da meta pressórica recomendada nestes casos.

Metas pressóricas:

- Hipertensos de risco CV baixo ou moderado: PA < 140/90 mmHg.
- Hipertenso com DAC: PA<130/80 mmHg, mas a PA diastólica deve ser > 70 mmHg.
- Hipertensos com IC ou episódio prévio de AVE: PA<130/80 mmHg, mas a concomitância de doença DAC e idade avançada, comum em tal situação, limita a redução da PA até 120/70 mmHg.
- Hipertensos com DRC: PA < 130/80 mmHg, sempre monitorizar eventos adversos (como redução da função renal e alterações eletrolíticas).
- •Indivíduos diabéticos: PA < 130/80 mmHg, evitando-se a redução acentuada da PA para valores inferiores a 120/70 mmHg.

Quadro 7. Metas pressóricas gerais a serem obtidas com o tratamento anti-hipertensivos.

	Risco Cardiovascular	
Meta	Baixo ou moderado	Alto
PA sistólica (mmHg)	<140	120-129
PA diastólica (mmHg)	<90	70-79

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

4.1. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

A promoção à saúde e orientações relacionadas a mudanças no estilo de vida têm os melhores resultados. As orientações dietéticas nas consultas médicas ocupam bastante tempo e não parecem muito eficazes quando não surgirem por interesse da pessoa. São fundamentais em qualquer estágio hipertensivo

A recomendação de medidas como:

- Diminuição do peso;
- Redução do consumo de sódio;
- Adoção de dieta saudável;
- Controle do estresse emocional;
- Ingesta adequada de potássio;

- Moderação no consumo de álcool;
- Práticas de atividades físicas regularmente;
- Combate ao tabagismo.

4.2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A escolha dos medicamentos deve considerar as comorbidades existentes, os efeitos colaterais e o seu benefício na prevenção de adversos desfechos, como derrames e enfartes. Para os pré-hipertensos, o uso de medicamentos é opcional, levando se em consideração o risco CV e/ou a presença de DCV. Aqueles com 60 a 79 anos, com PAS ≥ 140 mmHg e naqueles com ≥ 80 anos com PAS ≥ 160 mmHg, o início do tratamento medicamentoso deverá ser mais precoce. A terapia medicamentosa deve estar associada às medidas não medicamentosas.

Esquemas terapêuticos:

4.2.1. MONOTERAPIA

Utilizada para pacientes com HA estágio 1, com risco CV baixo e moderado ou ou com PA 130-139/85-89 mmHg de risco CV alto ou para indivíduos idosos e/ou frágeis. Porém, a associação de medicamentos poderá ser feita caso a meta pressórica não seja atingida.

As classes de anti-hipertensivos preferenciais, inicialmente, são:

- Diuréticos (DIU) tiazídicos ou similares;
- Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA);
- Bloqueadores do recptor de angiotensina (BRA);
- Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC).

Os DIU são mais efetivos com relação aos desfechos CV. Os IECAs e os BRAs são preferencialmente usados devido naqueles que têm DM ou doença renal crônica (DRC) por causa de seu efeito nefroprotetor. Dá-se preferência a diuréticos tiazídicos ou a BCC para negros.

O BB poderá ser considerado como fármaco inicial em algumas situações, como a associação de arritmias supraventriculares, enxaqueca, IC e coronariopatia, sendo que, nas duas últimas condições, deverá estar associado a outros fármacos.

Se o objetivo terapêutico não for conseguido, três condutas são possíveis:

Se o resultado for parcial, mas sem efeitos adversos: elevação da dose medicamentosa em uso, podendo associar com anti-hipertensivo de outro grupo;

Caso não haja o efeito esperado na dose máxima ou se surgirem eventos adversos: substituir o anti-hipertensivo inicial, ou reduzir a dosagem e associar outro anti-hipertensivo de classe diferente ou instituir uma outra associação de fármacos;

Se a resposta permanecer inadequada: associar três ou mais medicamentos.

4.2.2. TERAPIA COMBINADA

A combinação de fármacos é a estratégia preferencial para a maioria dos hipertensos.

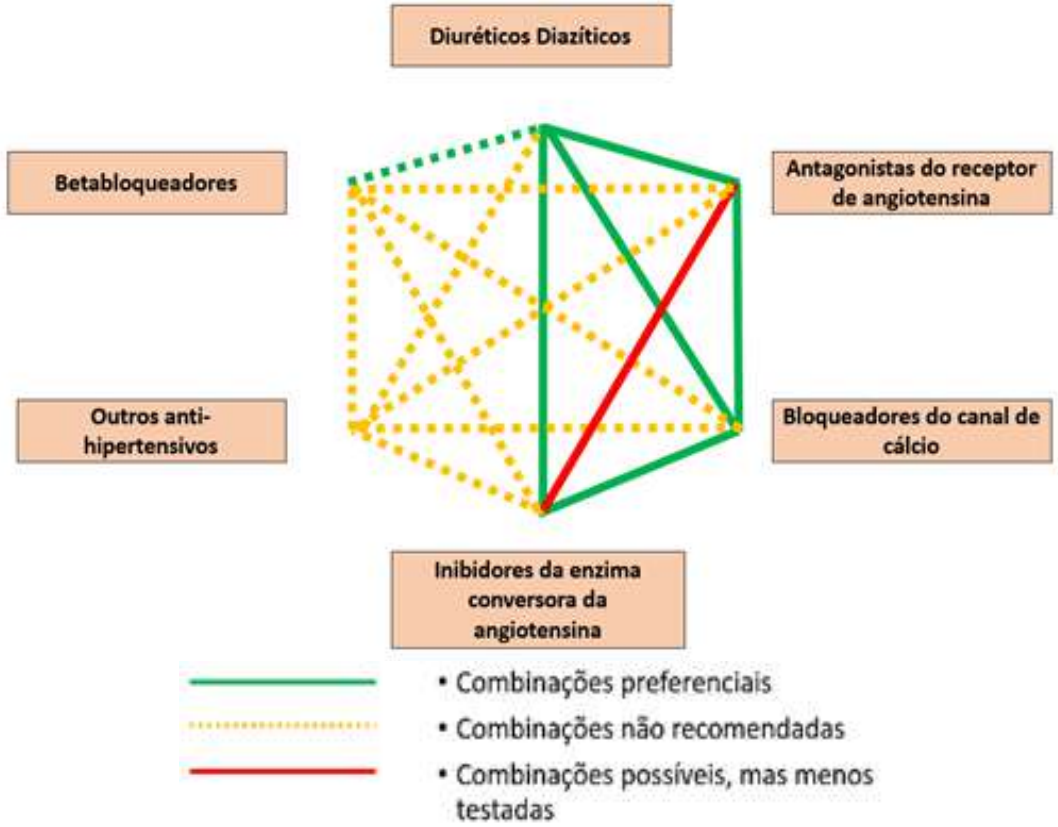
Deve ser evitado o uso de anti-hipertensivos com mesmo mecanismo de ação. Exceto o uso de DIU tiazídicos com poupadores de potássio.

BB associado a DIU deve ser feito com cautela nos que apresentem alterações do metabolismo dos glicídios, pois ambos favorecem seu agravamento; A associação de IECA com BRA não é recomendada. A combinação de IECA a BCC, comparada à associação de IECA com DIU, foi mais efetiva na redução de morbimortalidade CV e progressão de doença renal.

Caso não sejam alcançadas as metas de controle da PA com dois fármacos, podem ser decididas algumas escolhas:

i. Se resultado parcial e sem efeitos colaterais: aumentar a dose da combinação inicial ou acrescentar mais um anti-hipertensivo de outra classe;
ii. Quando a meta não foi atingida na dose máxima preconizada, ou se surgirem eventos adversos: substituir a combinação;
iii. Caso, não obtiver controle pressórico com as doses máximas possíveis: associar outros anti-hipertensivos.

Figura 1. Combinações de anti-hipertensivos



Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

Caso o DIU não tenha sido a primeira escolha e não esteja sendo utilizado na associação de dois fármacos, deve ser o terceiro a ser acrescentado. Seu uso potencializa a ação anti-hipertensiva de qualquer dos medicamentos iniciais.

Nos casos em que se configure a HA resistente (falta de controle da PA com o uso de pelo menos três medicamentos em dosagens máximas toleradas, sendo um deles um DIU), está indicada a associação de espironolactona.

5. HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO

A elevação da PA aumenta com a idade, sendo o envelhecimento vascular a principal causa. A maior variabilidade da PA nos idosos ao longo das 24 horas torna a MAPA útil.

O TNM deve ser encorajado em todos os estágios da HA e baseia-se na prática de um estilo de vida saudável. Ela encontra grande resistência, já que necessita em mudanças de antigos hábitos. Recomenda-se, o acompanhamento multidisciplinar e que seus familiares estejam envolvidos em todo o processo, o que aumenta as taxas de adesão e as chances de sucesso com o tratamento.

Pode-se iniciar com um diurético tiazídico (ou similar), um BCC ou IECA ou BRA. As indicações e cuidados no monitoramento são, em geral, semelhantes aos adultos.

Os betabloqueadores não devem ser utilizados como monoterapia inicial em idosos, exceto na presença de algumas comorbidades, como insuficiência cardíaca ou insuficiência coronariana aguda.

O risco de quedas em idosos pode aumentar nas primeiras semanas de tratamento com o uso dos DIU e, no primeiro dia, com as demais classes. A longo prazo, o uso de anti-hipertensivos pode até mesmo ter um efeito protetor

A decisão terapêutica e a meta de PA devem se basear mais na condição funcional e na sobrevida do que na idade cronológica. O tratamento reduz o risco CV e de declínio cognitivo. As comorbidades, que se apresentam em maior frequência no idoso, devem nortear os fármacos de escolha ou a ser evitados.

Os idosos devem ser avaliados de forma ainda mais global, pesando cuidadosamente as prioridades individuais e o risco/benefício do tratamento anti-hipertensivo, medicamentoso ou não. A meta de tratamento deve ser menos rígida, com especial atenção ao maior risco de hipotensão postural e pós-prandial.

Quadro 8. Metas de tratamento para idosos considerando a condição global e a medida da pressão arterial no consultório.

	PAS de consultório		PAD de consultório	
Condição global	Limiar de tratamento	Meta pressórica	Limiar de tratamento	Meta
Hígidos	≥140	130-139	≥90	70-79
Idosos frágeis	≥160	140-149	≥90	70-79

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

6. ACOMPANHAMENTO

A frequência de acompanhamento é baseada no risco cardiovascular:

i. Baixo risco cardiovascular: consulta anual com médico e enfermeiro.
ii. Risco moderado: consultas semestrais com médico e enfermeiro.
iii. Alto risco: consulta a cada 4 meses.

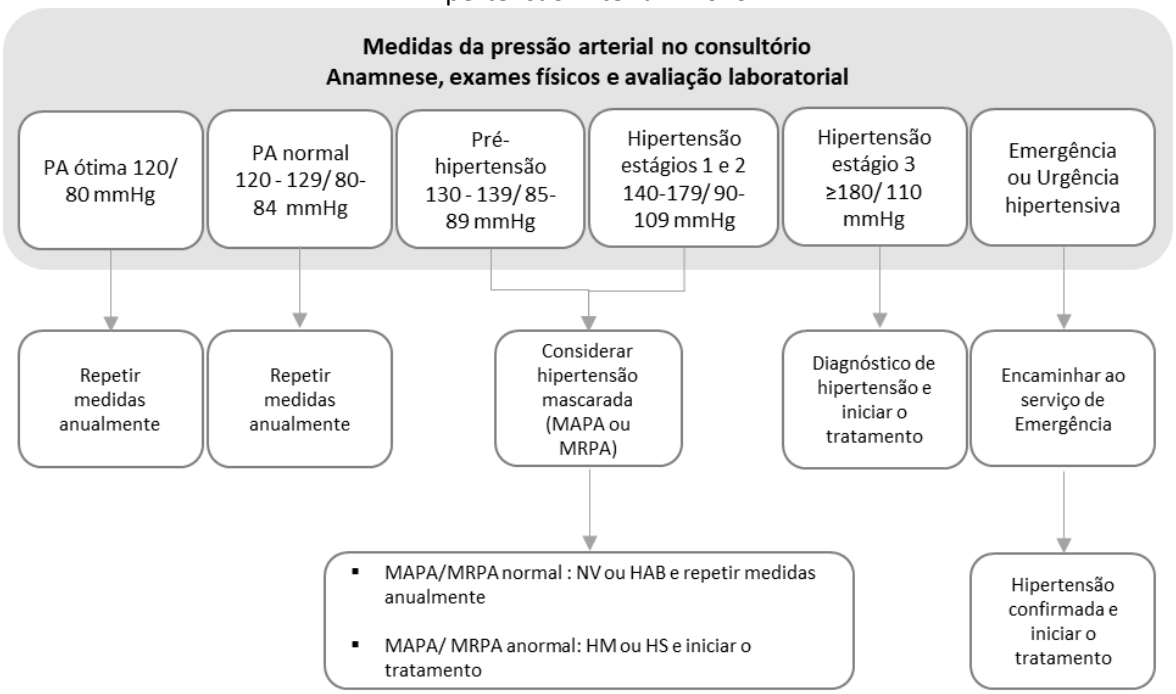
Dicas: Evite o uso em excesso do aparelho de pressão automático. Explique ao paciente os objetivos e a ação medicamentosa, além de abordar o seu contexto psicossocial.

Quando referenciar: Hipertensão de difícil controle, Secundária, Hipertensão grave ou com LOAs de evolução rápida ou resistente ao tratamento; Elevação súbita persistente da PA

em pessoas maiores de 50 anos; Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar) e Emergências hipertensivas.

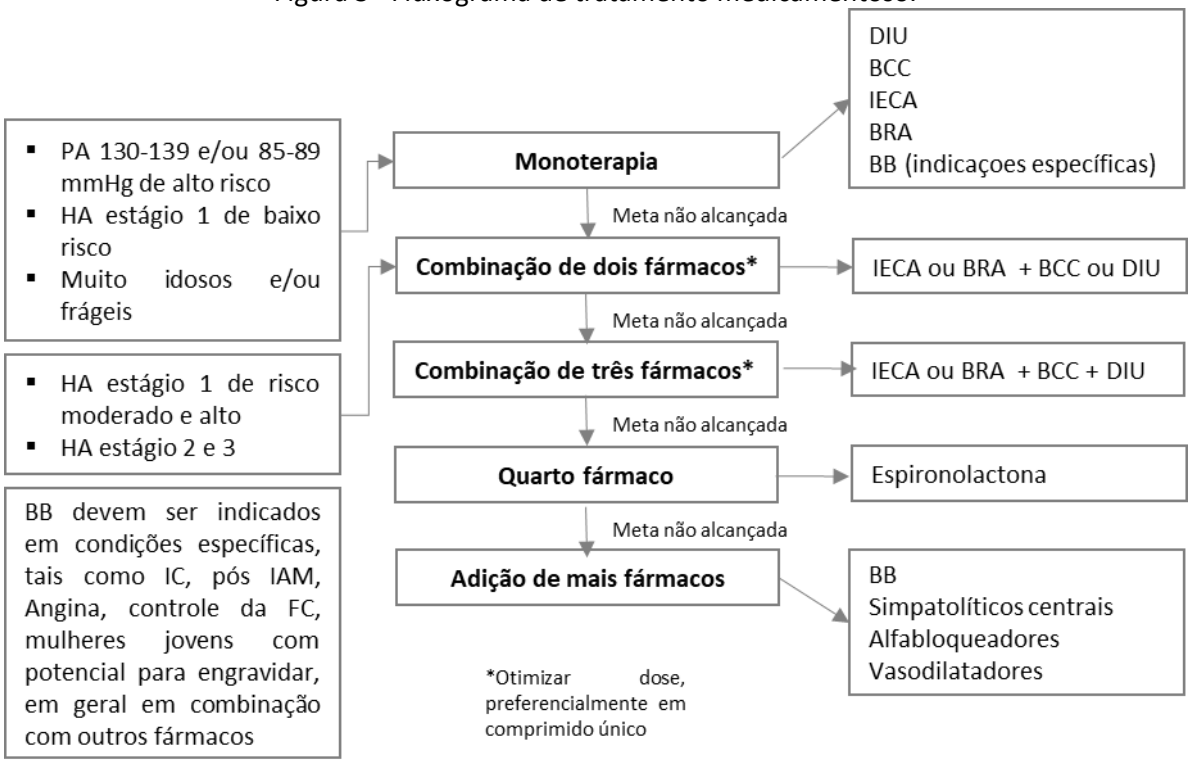
FLUXOGRAMAS

Figura 2 – Triagem e diagnóstico de hipertensão arterial. Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.



PA: pressão arterial; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial; NV: normotensão verdadeira; HAB: hipertensão do avental branco; HM: hipertensão mascarada; HS: hipertensão sustentada

Figura 3 - Fluxograma de tratamento medicamentoso.



Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

7. CASO CLÍNICO

Sebastião Sousa Filho, 83 anos, negro, viúvo e aposentado é um senhor bastante ativo e conhecido na comunidade, principalmente por tentar galantear as funcionárias do PSF do bairro, sempre as chamando de “pãozinho”. Devido à idade avançada, foi levado ao consultório pela filha para realizar um “check-up” com você. Durante a anamnese foi informado que ele possui Diabetes Mellitus tipo 2 há 30 anos e que seus pais eram hipertensos e ambos sofreram com AVE. Ao exame físico apresentou PA de 150/90 mmHg; IMC 37,8 Kg/m2; CA= 120 cm. Você solicitou exames laboratoriais e pediu que seu Sebastião retornasse quão logo saíssem os resultados dos exames.

QUESTÕES

1) **Supondo que na próxima consulta o paciente apresentou PA de 126/ 86 mmHg, responda corretamente:**
    a) Seu Sebastião é hipertenso, sendo o diagnóstico confirmado na primeira consulta.
    b) Seu Sebastião é hipertenso, sendo o diagnóstico confirmado na segunda consulta.

c) Seu Sebastião não é hipertenso e o diagnóstico de HAS pode ser confirmado na primeira consulta.

d) Seu Sebastião não é hipertenso e o diagnóstico de HAS só pode ser confirmado no mínimo em duas consultas distintas.

2) Marque a alternativa correta supondo que haja a confirmação do diagnóstico de HAS responda as questões 2 e 3.

a) Não possui fatores de risco adicionais na avaliação cardiovascular.

b) Possui apenas 1 fator de risco adicional na avaliação cardiovascular.

c) Possui 2 fatores de risco adicionais na avaliação cardiovascular.

d) Possui 3 ou mais fatores de risco adicionais na avaliação cardiovascular.

3) Qual a conduta correta com relação a terapêutica do paciente?

a) Deve-se orientar o paciente sobre o problema e iniciar a TNM imediatamente. Caso não haja sucesso, iniciar a TM posteriormente.

b) Deve-se orientar o paciente sobre o problema e iniciar a TM imediatamente. Não é necessário iniciar a TNM posteriormente, pois é idoso.

c) Deve-se orientar o paciente sobre o problema e iniciar a TM imediatamente, além de associar a TNM concomitante.

d) Deve-se orientar o paciente sobre o problema e iniciar a TM imediatamente. Caso não haja sucesso, iniciar a TNM posteriormente, pois é idoso.

Gabarito: 1D, 2D, 3C.

REFERÊNCIAS

BARROSO W.K.S.; RODRIGUES C.I.S.; BORTOLOTTO L.A.; GOMES M.A.M; BRANDÃO A.A.; FEITOSA A.D.M.; MACHADO C.A., et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. [S.L.]: [s.n], 2020.

Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em 30.05.2021.

MACHADO L.B.M.; GYURICZA J.V.; OLMOS, R,D. Hipertensão Arterial sistêmica. In: Gusso D, Lopes J.M.C.; Dias L.C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v.

MALACHIAS, M.V.B.; SOUZA, W.K.S.B; PLAVNIK F.L; RODRIGUES C.I.S; BRANDÃO A.A.; NEVES M, et al. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. [S.L.]: Arq Bras Cardiol, 2016. p. 1-83.

CAPÍTULO XV

DISLIPIDEMIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-15

Autor(a): Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
Coautores: Manoel Vieira do Nascimento Júnior
Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Yasmin Saboia Moreira
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO

A dislipidemia pode ser conceituada como alterações no metabolismo dos lipídeos que ocasionam em mudanças nos níveis sanguíneos das lipoproteínas, sendo ela fator para a formação da aterosclerose. Os níveis elevados de colesterol, triglicérides ou baixo nível de HDL-c têm relação com doença arterial crônica (DAC). Como é bem frequente em nossa população, o diagnóstico e o tratamento são na maioria destinados à Atenção Primária.

2. CLASSIFICAÇÃO DA DISLIPIDEMIA.

As dislipidemias podem ser classificadas em hiperlipidemias (níveis elevados de lipoproteínas) e hipolipidemias (níveis baixos). Aqui será descrita somente a classificação etiológica e a laboratorial:

2.1. CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA:

- Causas primárias: o distúrbio lipídico é de origem genética.
- Causas secundárias: é decorrente de estilo de vida inadequado, de certas condições mórbidas, ou de medicamentos.

2.2. CLASSIFICAÇÃO LABORATORIAL:

São classificadas pela fração lipídica alterada em:

- Hipercolesterolemia isolada: aumento isolado do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL).

- Hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado das triglicérides (TG ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum).
- Hiperlipidemia mista: aumento do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL) e dos TG (TG ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/ dL, se a amostra for obtida sem jejum). Se TG ≥ 400mg/dL, o cálculo do LDL-c pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se considerar a hiperlipidemia mista quando o não HDL-c ≥ 190 mg/dL.
- HDL-c baixo: redução do HDL-c (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) isolada a ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.

3. CONDUTA

Para chegar ao diagnóstico é preciso realizar anamnese, exame físico, dosagem dos lipídeos séricos e realizar a estratificação de risco para, em seguida, definir o tratamento mais viável em cada paciente.

Anamnese: na história clínica e na avaliação de risco cardiovascular (RCV), devem-se obter informações quanto à:

Quadro 1

História familiar	Hábitos alimentares	Atividade física	Tabagismo	Alcoolismo
Uso de medicamentos	Sintomas de doença arterial coronariana (DAC)	Insuficiência arterial periférica	Ataque isquêmico transitório (AIT),	Doença renal crônica
Hipertensão	Diabetes	Dislipidemias prévias	Doenças autoimunes (em especial, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide)	Enxaqueca
Problemas psiquiátricos	Uso de antipsicótico atípico	Corticosteroides		

Fonte: Os autores (2021).

Exame Físico: avaliar:

- Pressão arterial;
- Peso;
- Circunferência abdominal para o cálculo do risco cardiovascular;
- Ausculta cardíaca
- Pulsos periféricos.

Exames laboratoriais:

- Colesterol Total (CT)
- HDL
- Triglicérides
- LDL

A dosagem direta do LDL-C não é necessária, podendo o cálculo ser feito por meio da fórmula de Friedewald se o valor dos triglicerídeos for inferior a 400mg/dL:

[LDL-C = (colesterol total [CT] - HDL-C) - (triglicerídios [TG]/5)]

Quando o nível for maior que 400 mg/dL, utiliza-se como critério o colesterol não HDL [não HDL-C = CT – HDL-C], cujo alvo é 30 mg/dL acima do alvo de LDL-C (isto é, para pacientes cujo LDL-C alvo for 100 mg/dL, o alvo de não HDL-C será 130 mg/dL).

Estratificação de risco: a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017 recomenda a utilização do Escore de Risco Global (ERG), que estima o risco de infarto do miocárdio, AVC, ou insuficiência cardíaca, fatais ou não fatais, ou insuficiência vascular periférica em 10 anos. Ele deve ser utilizado na avaliação inicial, ou mesmo em pacientes em uso de estatinas, também entre os indivíduos que não foram enquadrados nas condições de muito alto ou alto risco. Pode ser encontrado pelo aplicativo obtido no site do Departamento de Aterosclerose da SBC para os sistemas Android e IOS.

Tabela 2 - Valores referenciais e de alvo terapêutico, conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante do perfil lipídico para adultos com mais de 20 anos

Lipídeos	Com jejum (mg/dl)	Sem jejum	Categoria Referenciável
Colesterol Total	< 190	< 190	Desejável
HDL-c	> 40	> 40	Desejável
Triglicérides	< 150	< 175	Desejável
			Categoria de risco
LDL-c	< 130	< 130	Baixo
	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito Alto
Não HDL-c	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário
	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito Alto

Fonte: Adaptada da Atualização da Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017

Valores de CT ≥ 310 mg/dL (para adultos) ou CT ≥ 230 mg/dL (crianças e adolescentes) podem indicar Hipercolesterolemia Familiar (HF), se descartadas as dislipidemias secundárias. A HF é a mais comum entre as dislipidemias e seus portadores têm 20 vezes mais risco de morte precoce por DCV [2]. Os valores referenciais do LDL-c e o não HDL-c variam conforme o risco cardiovascular estimado e são insinuados valores de alvo terapêutico para a variáveis, a depender da categoria de risco. O TG é o único parâmetro que sofre influência do estado alimentar.

Tabela 3 - Metas terapêuticas e redução porcentual do colesterol da lipoproteína de baixa densidade e do coletor não-HDL para pacientes com ou sem uso de estatinas. (adaptada da Atualização da Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017

Risco	Sem Estatina	Com Estatina	
	Redução (%)	Meta de LDL	Meta de HDL
Muito Alto	>50	<50	<80
Alto	>50	<70	<100
Intermediário	30-50	<100	<130
Baixo	>30	<130	<160

Fonte: Adaptada da Atualização da Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017.

4. TRATAMENTO

O tratamento objetiva a redução de eventos cardiovasculares. O risco cardiovascular do paciente é critério de inclusão no tratamento. O aumento do HDL é fator protetor e a redução do colesterol não HDL é importante na prevenção de eventos cérebro e cardiovasculares.

4.1. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

A conduta não medicamentosa é fundamental e deve ser aconselhada a todos os pacientes dislipidêmicos, como terapia nutricional, exercícios físicos e cessação do tabagismo. O acompanhamento com nutricionista deve ser indicado, bem como de um educador físico. Se não for possível, o médico pode recomendar:

Terapia nutricional:

Quadro 2- Medidas no controle da hipercolesterolemia

Medidas no controle da hipercolesterolemia
Reduzir consumo de alimentos de origem animal, como carne gordurosa, vísceras, leite integral e seus derivados, embutidos, frios, pele de aves e gema de ovos [1].
Substituição parcial de ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados [2].

Medidas no controle da hipercolesterolemia
Redução da ingestão de gordura animal (carnes gordurosas, leite e derivados), de polpa e leite de coco e de alguns óleos vegetais que contêm quantidades significativas de ácidos graxos saturados, como os óleos de palma, de coco e de dendê [2].

Quadro 3- Medidas no controle da hipertrigiceridemia.

Medidas no controle da hipertrigiceridemia
A concentração plasmática de TG é muito sensível a variações do peso corporal e a alterações na composição da dieta [2];
Controle de peso corporal [2];
Redução de bebida alcoólica (o consumo de bebida alcoólica não é recomendado) [2];
Substituição parcial de ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados (as diferentes fontes de ômega 3 contribuem de forma significativa com a redução de triglicerídeos) [2];
Redução de açúcares e de carboidratos [2].

Fonte: Os autores (2021).

Exercícios Físicos: são eficazes como coadjuvantes da dieta no tratamento da hipertrigliceridemia associada à obesidade. Previnem e auxiliam no tratamento de DCV, melhoram a estrutura e a função vascular, elevam os níveis de HDL-c, outrossim proporcionam efeitos significativos nos níveis plasmáticos de TG.

Eles estimulam a resposta termogênica, acelerando o metabolismo basal e a termogênese induzida pela dieta e aumentando do gasto calórico. A sensação de fome é suprimida após exercícios físicos, sendo que nas atividades moderadas e mais prolongadas, consegue-se suprimir a fome por um intervalo de tempo maior [3].

Deve-se realizar com frequência de 3-6 vezes/semana e duração de 150 minutos/semana de exercícios leves a moderados. Atividades aeróbicas, exercícios contra resistência e de flexibilidade estão indicados. Pacientes assintomáticos dispensam avaliação médica prévia, devendo ser mantidos os medicamentos de uso corrente [1].

Cessação do tabagismo: fumar reduz significativamente os níveis de HDL-C, logo deve ser combatido de modo agressivo. O tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é previsto no Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

4.2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A decisão para o início da terapia depende do:

- Risco cardiovascular. Para muito alto ou alto risco cardiovascular, o tratamento da dislipidemia inclui medicamentos já em associação com as mudanças no estilo de

vida (MEV) a serem propostas. Para risco moderado ou baixo, o tratamento é iniciado com a MEV em associação, em uma segunda etapa, de medicamentos, quando necessário, para obtenção das metas de LDL-c. O tempo de reavaliação após a recomendação da MEV pode ser de 3 a 6 meses, respectivamente.

- Tipo de dislipidemia presente: define a escolha da classe terapêutica.

4.2.1. MEDICAMENTOS PREDOMINANTES NA COLESTEROLEMIA.

4.2.1.1. ESTATINAS

A redução do LDL-c pelas estatinas é o tratamento mais validado para redução de eventos cardiovasculares. Está indicado, como primeira opção,em terapias de prevenção primária e secundária. Pode ser empregada a estatina que estiver disponível no serviço, procurando atingir as metas terapêuticas, ajustando doses e associando fármacos, eventualmente. Reduzem os TG, em geral, tanto mais quanto maior sua capacidade de reduzir o LDL-c. Com relação à HDL-c, as elas podem elevar as taxas, contudo, com discreto aumento percentual.

Efeitos colaterais são raros. Os efeitos musculares são os mais comuns podendo surgir em semanas ou anos após o começo da terapia. A dosagem de CK (creatina- quinase) deve ser avaliada no início do tratamento, principalmente naquele de alto risco de eventos adversos musculares. A dosagem rotineira de CK não é recomendada naqueles que já usam estatina, exceto se houverem sintomas musculares, uso de medicações que possam interagir com a estatina ou quando se eleva a dose desta.

A avaliação das enzimas hepáticas (ALT e AST) deve ser realizada antes do começo da terapia. Durante o tratamento, deve-se avaliar a função hepática quando ocorrerem sintomas ou sinais sugerindo hepatotoxicidade.

Devem ser usadas via oral, em dose única diária preferencialmente à noite para se obter o efeito máximo [1].

4.2.1.2. EZETIMIBA

Ela inibe a absorção de colesterol no intestino delgado, reduz os níveis de colesterol hepático e o nível plasmático de LDL-c, entre 10 a 25%. Quando isolada é uma boa opção medicamentosa naqueles que possuem intolerância às estatinas. A ezetimiba associada a doses toleradas de estatina é uma alternativa em pacientes que têm efeitos adversos com

doses elevadas de estatina. Os pacientes de mais alto risco cardiovascular possuem benefício com o uso combinado de ezetimiba e sinvastatina.

A ezetimiba é empregada na dose única de 10 mg ao dia. Pode ser administrada a qualquer hora do dia, com ou sem alimentação, não interferindo na absorção de gorduras e vitaminas lipossolúveis. Recomenda-se a não utilização em casos de dislipidemia com doença hepática aguda.

4.2.1.3. RESINAS

Atuam reduzindo a absorção enteral de ácidos biliares reduzindo o colesterol celular hepático e o endógeno. No Brasil, só a colestiramina está disponível. A adição desta ao tratamento com estatinas pode ser recomendada quando a meta de LDL-c não é obtida mesmo com o uso de estatinas potentes em doses eficazes.

A diminuição do LDL-c é dose-dependente e pode variar de 5% a 30% nas doses de 4 a 24 g ao dia [2]. Devem ser administradas longe de outros medicamentos. Preconiza a tomada dos remédios rotineiros 1 hora antes da ingestão da colestiramina e/ou 4 horas depois desta. A posologia inicial é de 4 g ao dia, com dose máxima de 24 g ao dia. Doses superiores a 16 g ao dia são dificilmente toleradas. É o único fármaco liberado para mulheres no período reprodutivo sem método anticoncepcional efetivo e durante os períodos de gestação e amamentação [2].

4.2.2. MEDICAMENTOS QUE ATUAM PREDOMINANTEMENTE NOS TRIGLICÉRIDES.

Na hipertrigliceridemia isolada são recomendados os fibratos e, em segundo lugar, o ácido nicotínico ou a associação dos dois. Na hiperlipidemia mista, a taxa de TG deve orientar como a terapia medicamentosa será iniciada. Se estas taxas estejam maiores que 500 mg/dL: iniciar o tratamento com fibrato, adicionando, quando preciso, ácido nicotínico e/ou ômega 3. Neste caso, a meta é a redução do risco de pancreatite. Se houver a necessidade de redução adicional da colesterolemia, pode-se adicionar a estatina.

4.2.2.1. FIBRATOS

Indicados no tratamento da hipertrigliceridemia endógena quando houver falha das medidas não farmacológicas. Quando os TG forem muito elevados (> 500 mg/dL) são

recomendados, inicialmente, junto das medidas não farmacológicas e no tratamento da dislipidemia mista com predomínio de hipertrigliceridemia.

Não é recomendado o fibrato isolado ou associado a estatinas para redução do risco cardiovascular. Contudo, o uso de fibratos junto com a estatinas reduziu o risco de doenças microvasculares no diabetes.

Dificilmente podem ocorrer: distúrbios gastrintestinais, mialgia, astenia, litíase biliar (mais comum com clofibrato), diminuição de libido, erupção cutânea, prurido, cefaleia e perturbação do sono.

Devem ser tomados em horário afastado das estatinas (pela manhã), quando estas forem usadas concomitantemente, para reduzir risco de toxicidade.

Tabela 4 - Doses dos fibratos e alterações lipídicas (porcentagens médias).

Fármacos	Dosagem (md/dia)	↓ TG (%)	↑ HDL-c (%)	↓ LDL (%)
Bezafibrato	200-600	30-60	7-11	Variável
Bezafibrato retard	400	30-60	7-11	Variável
Gemfbrozila	600-1200	30-60	7-11	Variável
Gemfbrozila retard	900	30-60	7-11	Variável
Etofibrato	500	30-60	7-11	Variável
Fenofibrato	160-250	30-60	7-11	Variável
Ciprofibrato	100	30-60	7-11	Variável
Efeito dependente da dose utilizada e do valor inicial dos TG. TG: triglicérides. HDL-C: colesterol da lipoproteína de alta densidade.				

Fonte: Adaptada da Atualização da Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose (2017)

4.2.2.2. ÁCIDO NICOTÍNICO

O ácido nicotínico reduz liberação de ácidos graxos livres para a circulação sanguínea reduzindo a síntese de TG pelos hepatócitos. Não há evidência de benefício deste fármaco em indivíduos com LDL-c controlado. A *Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017* não recomenda a utilização do ácido nicotínico isoladamente ou associado às estatinas na prevenção da doença cardiovascular.

O uso de ácido nicotínico para *o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite* é considerado apenas para as situações em que o paciente tenha intolerância a estatinas e não preencha os critérios para uso de fibratos.

Utilizam-se 2 a 3 g/dia (início do efeito terapêutico com 1 a 2 g/dia). Devido à baixa tolerância imediata a doses altas, inicia-se a terapia com menores doses (250mg em dose única após o jantar), com aumento a cada 2 a 4 semanas, até atingir a posologia eficaz.

4.2.2.3. ÁCIDOS GRAXOS ÔMEGA 3

Ácidos graxos ômega 3 em altas doses (4 a 10 g ao dia) podem ser usadas associados a outros hipolipemiantes em portadores de hipertrigliceridemia grave que não atingiram níveis desejáveis com o tratamento.

Tabela 5 - Doses iniciais e Máximas dos medicamentos previstos no PCDT. Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. 2019

Medicamento	Dose inicial (mg)	Dose máxima (mg)
ESTATINAS		
Atorvastatia cálcica	10	80*
Fluvastatina	20	80
Lovastatina	20	80
Pravastatina sódica	20	40
Sinvastatina	20	80**
FIBRATOS		
Bezafibrato	200	400
Ciprofibrato	100	100
Etofibrato	500	500
Fenofibrato	200	250
Genfibrozila	600	1200
OUTROS		
Ácido nicotínico	250	3.000
*Restrita a casos especiais, sendo 10 mg a dose usual. ** 80 mg por dia se associa a risco aumentado de toxicidades.		

Fonte: Os autores (2021).

4.3. TEMPO DE TRATAMENTO, BENEFÍCIOS ESPERADOS E TEMPO DE MONITORIZAÇÃO.

O tratamento deve ser feito de modo contínuo. Mialgias, elevação de CPK 10 vezes acima do valor basal, elevação da TGO/TGP 3 vezes acima do valor normal ou o aparecimento de contraindicações determinarão sua suspensão. Benefícios esperados:

- Estatinas: prevenção de eventos cardiovasculares maiores (morte, IAM, AVE, por exemplo).
- Fibratos: prevenção de eventos cardiovasculares maiores quando utilizados em pacientes com hipertrigliceridemia associada a HDL baixo e prevenção de pancreatite aguda;
- Ácido nicotínico: prevenção de eventos cardiovasculares maiores.

Após início da terapia com estatinas, com objetivo de prevenir eventos cardiovasculares, não é realizado a monitorização de perfil lipídico, pois o tratamento será

contínuo. Para aqueles que usam outros medicamentos que não estatinas, o perfil lipídico pode ser feito anualmente com o intuito de reduzir dúvidas e aumentar o conhecimento e a adesão dos pacientes.

Se o objetivo terapêutico é a prevenção de pancreatite secundária a hipertrigliceridemia, a monitorização sérica de triglicerídeos pode ser realizada semestralmente. Para aqueles que usam estatinas e fibratos, provas de função hepática e muscular devem ser realizadas no início da terapia, após 6 meses e toda vez que for modificada a dose do medicamento ou forem adicionados outros fármacos que aumentem risco de toxicidade.

5. A DISLIPIDEMIA NO IDOSO

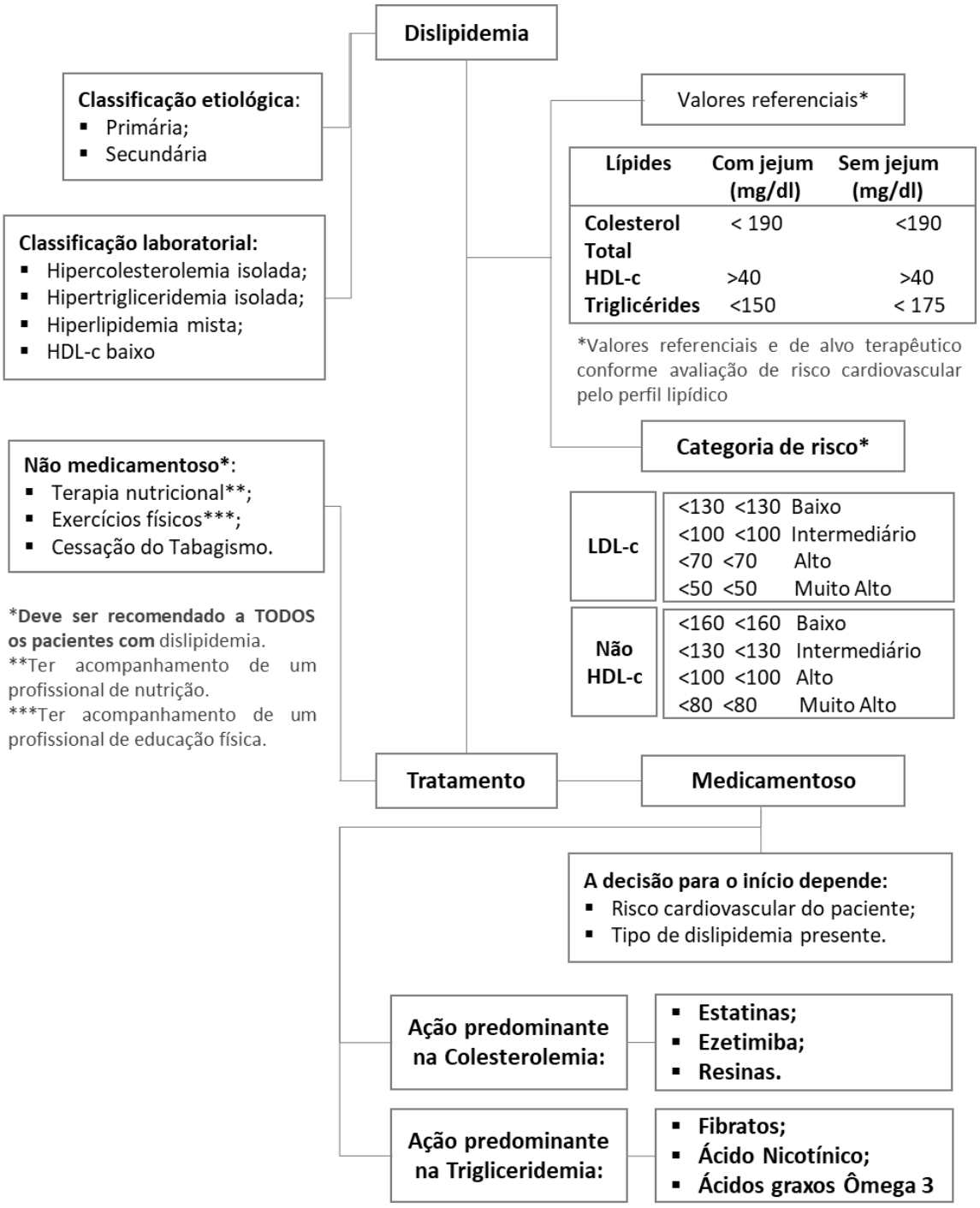
O colesterol total em geral é mais elevado até a sexta década de vida e cai com o avançar da idade. Mesmo assim, a prevalência de hipercolesterolemia é alta nos idosos, principalmente nas mulheres.

No idoso, o tratamento da dislipidemia deve considerar o estado geral e mental do paciente, as condições socioeconômicas, o apoio familiar, as comorbidades presentes e os outros fármacos em uso, que podem interagir com os hipolipemiantes.

Sobre a terapia não farmacológica, a orientação deve obedecer às indicações semelhantes aos dos adultos, atentando as necessidades calóricas, proteicas e vitamínicas, recomendando a prática de atividade física, o abandono do fumo e álcool. Caso não haja melhora em 03 meses e dependendo do risco cardiovascular, as estatinas deverão ser adicionadas.

O tratamento da dislipidemia no idoso até os 75 anos de idade deve seguir as mesmas orientações do não idoso. Se >75 anos, as doses de hipolipemiantes devem ser individualizadas conforme a comorbidade presente, a expectativa de vida e o uso de várias medicações.

FLUXOGRAMAS



6. CASO CLÍNICO

Bento da Costa Araújo, 54 anos, negro, casado, caminhoneiro. Foi ao posto de saúde próximo de sua residência por estar se sentido bastante “gordo”, e queria que o médico lhe solicitasse um exame de colesterol para saber como está a “gordura no sangue”. Durante a

anamnese, disse que possuía a alimentação em horários irregulares por causa do trabalho, fazia o consumo demasiado de café, sedentário, com alimentação rica em carboidratos, carnes gordurosas e frituras. Nega tabagismo e consumo de álcool. Nega tontura, cefaleia ou outros sintomas. Nega doenças prévias. O pai faleceu de infarto, a mãe teve já "dois derrames" e está viva com 86 anos. Ao exame físico apresentou: pressão arterial (PA) de 140/90 mmHg; peso de 90 kg; estatura de 1,68 m

O médico solicitou medidas de PA por 2 semanas, eletrocardiograma (ECG) e exames laboratoriais, tendo retornado após esse período apresentando: PA média 110/70 mmHg; CT: 270 mg/dL; Colesterol HDL: 55 mg/dL; Triglicérides: 200 mg/dL; Glicemia de jejum: 80 mg/dL; Creatinina (Cr): 0,7; sumário de urina sem alterações; ECG: normal.

QUESTÕES

1) Utilizando a Fórmula Friedwald qual seria o LDL (mg/dL) do senhor Bento?

a) 55 mg/dL.
b) 110 mg/dL.
c) 157 mg/dL.
d) 175 mg/dL.

2) Após os dados coletados qual seria a atitude inicial do médico:

a) Iniciar o tratamento medicamentoso junto com as Mudanças no Estilo de Vida (MEV).
b) Realizar a Estratificação de Risco.
c) Fazer uso de Sinvastatina pela manhã.
d) Apenas recomendar a prática de atividade física.

3) Qual a classificação laboratorial da dislipidemia nesse paciente?

a) Hipertrigliceridemia isolada.
b) Hipercolesterolemia isolada.
c) Hiperlipidemia mista.
d) HDL baixo.

Gabarito: 1D, 2B, 3C.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Brasília, 2019.

FALUDI A.A.; IZAR M.C.; SARAIVA; J.F., CHACRA A.P.; BIANCO H.T.; AFIUNE, N. A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017. [S. L]: Arq Bras Cardiol, 2017. p.1-76

MACHADO, L.B.M.; GYURICZA J.V; OLMOS, R.D. Dislipidemia. In: Gusso D, Lopes J.M.C.; Dias L.C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. V. 2.

VILAR, Lúcio. Endocrinologia Clínica. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

CAPÍTULO XVI

RASTREAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-16

Autor(a): Rafael Lucas Simões dos Santos
Coautores: Jamine Yslailla Vasconcelos Rodrigues
Manoel Vieira do Nascimento Júnior
Yasmin Saboia Moreira
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes de Aragão

1. INTRODUÇÃO

Cada vez mais, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, o foco dos cuidados clínicos muda da cura para a prevenção. Nesse cenário, ganham destaque as políticas de rastreamento, que consistem na realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce ou de identificação e controle de riscos. O *rastreio* configura-se, assim, como uma estratégia de prevenção secundária, cujo objetivo final é reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado. Tal ação pode ser realizada de modo oportunístico ou por meio de programas organizados.

Ressalta-se, no entanto, que o excesso de intervenções na prática clínica pode configurar um importante ameaça à saúde humana e à sustentabilidade dos sistemas de saúde. Uma vez desenvolvidos de modo desenfreado, sem o devido embasamento científico, os programas de rastreamento podem resultar em "sobrediagnóstico", ou seja, indivíduos sendo diagnosticados com doenças que provavelmente não lhes causariam nenhum dano. Além de levar a tratamentos desnecessários, a ausência de cautela nessas decisões gera um grande desperdício de recursos da saúde.

Por se tratar de um tópico de grande importância e controvérsias, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu critérios para o estabelecimento de programas de rastreamento ou *screening*. Dentre os requisitos propostos, a doença a ser rastreada deve representar um problema de saúde pública relevante para a população; sua história natural e seu estágio pré-clínico devem ser bem conhecidos e definidos; o benefício da detecção e do tratamento precoce deve ser maior do que se a condição fosse tratada no momento habitual;

os exames a serem realizados devem ser confiáveis e disponíveis, apresentando boa relação custo-efetividade, e o rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático.

Ademais, a reflexão ética deve ser rigorosa devido aos perigos associados ao se intervir em pessoas assintomáticas. Desse modo, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de buscar respaldo científico para cada exame ou conduta, priorizando a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE). Por fim, o médico de família e comunidade deve sempre explicar ao paciente os riscos e benefícios de qualquer programa ou procedimento de rastreio, e este deve consentir na sua realização.

A seguir, serão descritas as principais recomendações de rastreamento referentes a condições cardiovasculares, hábitos e neoplasias.

1.1. RISCO CARDIOVASCULAR E DISLIPIDEMIA

A identificação de indivíduos assintomáticos que estão mais predispostos a eventos coronarianos agudos é crucial para uma prevenção efetiva. Para tal, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) recomenda a utilização do Escore de Risco Global (ERG) de Framingham. Este permite estimar a ocorrência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em 10 anos.

Destaca-se, ainda, que o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento das desordens lipídicas apenas para homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos, com variações nos casos em que estes já se enquadram em grupos de alto risco de doença coronariana.

Estratificação do risco cardiovascular:

- Muito alto:

Indivíduos que apresentam doença aterosclerótica significativa (coronária, cerebrovascular ou vascular periférica) com ou sem eventos clínicos.

- Alto:

Pacientes com aterosclerose na forma subclínica documentada por metodologia diagnóstica; aneurisma de aorta abdominal; DRC definida por TFG < 60 mL/min, e em fase não dialítica; LDL-c ≥ 190 mg/dl; diabetes mellitus tipos 1 ou 2 com LDL-c entre 70 e 189 mg/dl e presença de Estratificadores de Risco (ER) ou Doença Aterosclerótica Subclínica (DASC); pacientes com LDL-c entre 70 e 189 mg/dl com risco pelo ERG > 20% nos homens e >10% nas mulheres.

- Intermediário:

Indivíduos com ERG entre 5 e 20% no sexo masculino e entre 5 e 10% no sexo feminino ou ainda os diabéticos sem os critérios de DASC ou ER.

- Baixo:

Pacientes do sexo masculino e feminino com risco em 10 anos < 5%, calculado pelo ERG.

Uma vez estabelecido o risco cardiovascular do paciente, pode-se realizar uma correta definição das metas terapêuticas conforme a tabela a seguir, retirada da Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019.

Tabela 1 – Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	**HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99**	**HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109**	**HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110**
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: Tabela retirada da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019).

2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A HAS é a condição mais diagnosticada nas consultas ambulatoriais e se configura como um importante fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica.

O *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) e o Ministério da Saúde recomendam a triagem dessa condição em indivídiduos com idade ≥ 18 anos. Pacientes com idade a partir 40 anos ou com risco aumentado para HAS devem ser examinados anualmente, enquanto adultos entre 18 e 39 anos com pressão arterial normal e que não apresentam outros fatores de risco devem ser rastreados novamente a cada 3 a 5 anos.

A aferição da pressão arterial (PA) deve ser feita no consultório e/ou fora dele em pelo menos duas ocasiões distintas para se obter o diagnóstico. O tratamento indicado deve incluir mudanças no estilo de vida e levar em consideração não apenas os níveis pressóricos do paciente, mas também o seu perfil global de risco cardiovascular. Abaixo, segue uma tabela com a estratificação de risco do paciente hipertenso, retirada da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

Tabela 2 – Valores referenciais, conforme avaliação do risco cardiovascular estimado, para adultos acima de 20 anos.

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria de risco
Colesterol total	<190	<190	Desejável
HDL-c	>40	>40	Desejável
Triglicérides	<150	<175	Desejável
LDL-c	<130	<130	Baixo
LDL-c	<100	<100	Intermediário
LDL-c	<70	<70	Alto
LDL-c	<50	<50	Muito alto
Não - HDL-c	<160	<160	Baixo
Não - HDL-c	<130	<130	Intermediário
Não - HDL-c	<100	<100	Alto
Não - HDL-c	<80	<80	Muito alto

LDL-c: colesterol da lipoproteína de baixa densidade; Não – HDL-c: colesterol não HDL. *Valores para LDL-c calculado pela fórmula de Martin. Adaptado da Atualização da Diretriz de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.

Fonte: Tabela retirada da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

3. DIABETES MELLITUS TIPO 2

O diabetes mellitus tipo 2 (DM) é uma condição que está instrinsecamente associada a insuficiência renal, amputações não traumáticas dos membros inferiores e novos casos de cegueira, além de ser considerada um importante fator de risco cardiovascular. O seu rastreamento pode levar a detecção e tratamento mais precoces de pessoas com DM assintomático ou tolerância à glicose diminuída, resultando em melhores desfechos clínicos.

As principais recomendações de rastreio divergem entre as instituições. O USPSTF recomenda a triagem em adultos entre 40 e 70 anos com sobrepeso ou obesidade, enquanto a Associação Americana de Diabetes a recomenda em adultos com 45 anos ou mais e em pessoas com múltiplos fatores de risco, independente da idade. Outros, como a Academia Americana de Médicos de Família e o *Canadian Task Force on Preventive Health Care* indicam a pesquisa somente em pessoas com fatores de risco (ex.: história familiar). Desse modo, com

base em boas fontes de evidências científicas, a decisão pode ser personalizada de acordo com as condições do paciente e a realidade local.

A avaliação pode ser feita por meio da glicemia de jejum, hemoglobina glicada (HbA1c) ou teste oral de tolerância à glicose, e o diagnóstico é obtido após confirmação em testes repetidos, preferencialmente em dias distintos.

Pacientes com glicemia alterada devem ser submetidos a intervenções intensivas de aconselhamento comportamental com dieta saudável e atividade física. A terapia com metformina para prevenção do DM tipo 2 deve ser considerada naqueles com pré-diabetes, especialmente em casos de IMC > 35 kg/m^2, idade > 60 anos e em mulheres com diabetes mellitus gestacional prévio. Para pessoas com normalidade nos testes iniciais, recomenda-se nova triagem a cada 3 anos.

4. CÂNCER DE MAMA

Trata-se do segundo tipo mais comum de câncer na mulher, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Portanto, a sua relevância epidemiológica indica a importância de se identificar os fatores de risco efetivamente e indicar o rastreio específico para cada faixa etária nessa população. Deve-se salientar que aproximadamente 30% dos casos letais de câncer de mama, na população em que há maior incidência (50 a 69 anos), poderiam ser evitados se identificados precocemente.

Inicialmente, os fatores de risco para esse tipo de neoplasia devem estar bem esclarecidos, pois a presença deles influenciará na conduta de rastreio individualmente. A seguir, a tabela apresenta os principais fatores de risco associados à neoplasia maligna de mama:

Tabela 1 - Fatores de risco para CA de mama

Fatores ambientais	Fatores hormonais	Fatores genéticos/hereditários*
Obesidade	Menarca antes dos 12 anos	História familiar de CA de ovário
Sedentarismo	Nulípara	CA de mama na família (principalmente antes dos 50 anos)
Alcoolismo	Primeira gestação após os 30 anos	História familiar de CA de mama em homens

Fatores ambientais	Fatores hormonais	Fatores genéticos/hereditários*
Exposição à radiação ionizante	Menopausa após os 55 anos	Genes BRCA1 e BRCA2
	Uso de anticoncepcionais orais (estrogênio e progesterona)	
	Reposição hormonal por mais de 5 anos	

*. Paciente que possui 1 ou mais desses fatores, é considerado com elevado risco para desenvolver CA de mama

Fonte: Tabela adaptada do Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Apesar de enquadrar a paciente em alto risco de câncer de mama, a neoplasia maligna de etiologia genética/hereditária corresponde a menos de 10% dos casos de câncer de mama.

Os principais métodos de detecção precoce na abordagem da mulher na APS são o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia de rastreio. De acordo com a faixa etária e os fatores de risco para cada paciente, tais técnicas serão realizadas em períodos padronizados, como observa-se na tabela abaixo:

Tabela 2 - Periodicidade para rastreio

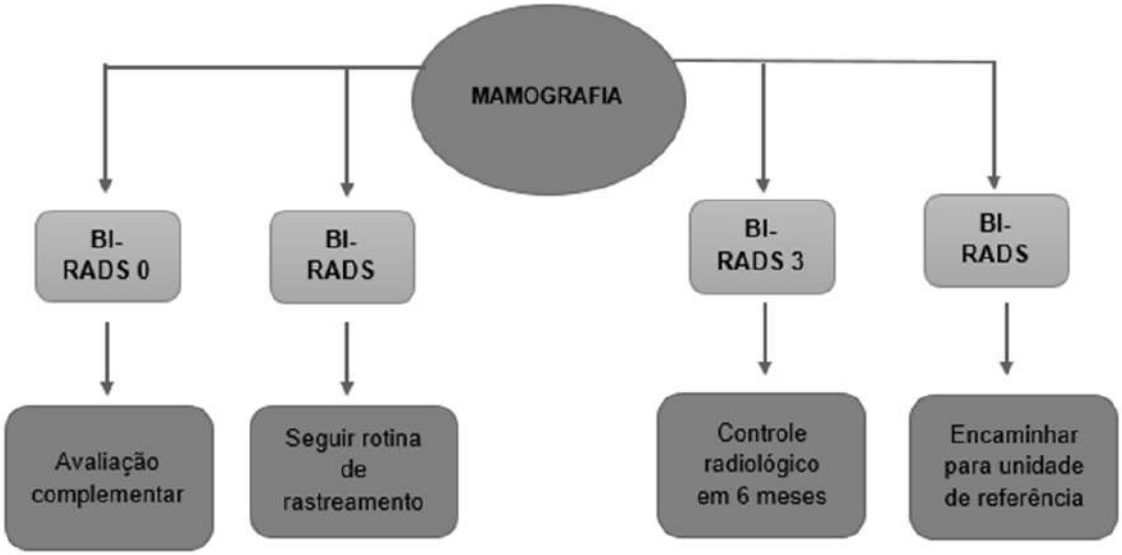
ECM	- Mulheres de 40 a 69 anos anualmente (sem risco elevado) - Mulheres a partir de 35 anos e risco elevado para CA de mama anualmente
Mamografia	- Mulheres de 50 a 69 anos a cada 2 anos (sem risco elevado) - Mulheres a partir de 35 anos e risco elevado para CA de mama anualmente

Fonte: Tabela adaptada do Caderno de Atenção Primária do Ministério da Saúde (2010)

A conduta será de acordo com os resultados dos exames adotados para o rastreio, devendo-se dar ênfase à prerrogativa de que um ECM normal na mulher com idade entre 50 e 69 anos não descarta a realização da rotina de mamografia, assim como um exame clínico alterado na mulher de 40 a 49 anos deve ser investigado com a mamografia de rastreio.

Para interpretação das mamografias, adota-se o sistema do *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS), que possui uma pontuação variando do 0 ao 6 e que definirá o próximo passo a ser tomado para o rastreio. Na figura abaixo, segue a conduta em cada situação.

Figura 1. Interpretação dos resultados da mamografia e condutas



Bi-rads 0 – Inconclusivo; Bi-rads 1 – Sem achados; Bi-rads 2 – Achado benigno; Bi-rads 3 – Achado provavelmente benigno; Bi-rads 4 – Achado suspeito; Bi-rads 5 – Achado altamente suspeito; Bi-rads 6 – Achado maligno

Fonte: Esquema adaptado do Caderno de Atenção Primária do Ministério da Saúde (2010).

5. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de colo uterino ocorre, frequentemente, por volta dos 40 aos 50 anos de idade em mulheres, sendo causado por subtipos oncogênicos do papiloma vírus humano (HPV). O seu rastreio constitui um dos mais importantes aqui citados, pois é o único que pode ser efetivamente prevenido na sua fase pré-maligna, quando restrito ao epitélio escamoso, conhecido como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).

Os principais fatores de risco conhecidos para essa neoplasia são o início precoce de atividade sexual e múltiplos parceiros (maior risco de exposição ao HPV), tabagismo e uso prolongado de anticoncepcionais.

A técnica de rastreio mais utilizada é a citologia oncótica preventiva, também conhecida por Papanicolau, recomendada para todas as mulheres entre 25 e 64 anos que tenham ou já tiveram vida sexual ativa. Quanto à periodicidade, inicia-se realizando anualmente e, após 2 exames consecutivos normais, a cada 3 anos. O rastreamento pode ser finalizado após os 64 anos, caso a mulher possua pelo menos 2 exames normais nos últimos 5 anos e sem relatos prévios de patologias cervicais.

Algumas situações especiais devem ser lembradas por possuírem especificidades quanto ao rastreio ou por gerarem dúvidas frequentes, a exemplo de mulheres HIV positivas, que devem seguir o rastreamento a cada 6 meses; mulheres gestantes devem seguir o mesmo

esquema de rastreio das demais; imunossuprimidas devem realizá-lo a cada 6 meses no primeiro ano e, se normais, continuar rastreio anualmente.

É importante salientar que essa neoplasia possui uma evolução lenta, com o aparecimento de sintomas apenas em fases avançadas, portanto o rastreio se faz ainda mais importante como principal técnica de detecção precoce.

Ressalte-se que, a principal forma de prevenção para o câncer de colo uterino ainda consiste na vacinação tetravalente contra o HPV, recomendada para meninas de 9 a 13 anos e meninos de 12 a 13 anos, a qual engloba os subtipos 6, 11, 16 e 18, sendo os dois últimos os tipos oncogênicos mais frequentes. Entretanto, a vacinação não abrange todos os subtipos oncogênicos, portanto a mesma não substitui a necessidade do exame preventivo Papanicolau para a faixa etária descrita neste capítulo.

Figura 2. Conduta de acordo com o resultado do Papanicolau

6. CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata permanece como a neoplasia sólida mais comum e a segunda maior causa de óbito oncológico no sexo masculino. Já está comprovado que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, ajuda a diminuir o risco de câncer, como também de outras doenças crônicas não-transmissíveis. Nesse sentido, outros hábitos saudáveis também são recomendados, como fazer, no mínimo, 30 minutos diários de atividade física, manter o peso adequado à altura, diminuir o consumo de álcool e não fumar. Entre os fatores que mais ajudam a prevenir o câncer de próstata estão:

- Ter uma alimentação saudável.
- Manter o peso corporal adequado.
- Praticar atividade física.
- Não fumar.

- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Já os fatores de risco conhecidos mais relevantes são:

- Idade: Indivíduos mais velhos possuem um maior risco de desenvolver a doença. No Brasil, 90% dos diagnosticados com CA prostático possuem mais de 55 anos.
- Histórico de câncer na família: Homens com parentes de primeiro grau que tiveram câncer de próstata, antes dos 60 anos, fazem parte do grupo de risco.
- Sobrepeso ou obesidade**:** Há uma relação íntima com maior risco de CA de próstata nesses indivíduos devido ao metabolismo da testosterona estar alterado.

O rastreio precoce para a população ainda é um tema bastante controverso, tendo em vista que o PSA (Antígeno Prostático Específico) não é um marcador típico de câncer de próstata, encontrando-se elevado em outras condições inflamatórias como hiperplasia prostática benigna (HPB) e prostatites.

Alguns especialistas são contrários à realização de exames de rotina em homens sem sintomas, pois pode trazer tanto benefícios quanto riscos à saúde. Outros, no entanto, são a favor, sendo importante avaliar o risco-benefício dos mesmos.

- Benefícios: realizar o exame pode ajudar a identificar o câncer de próstata logo no início da doença, aumentando assim a chance de sucesso no tratamento. Tratar o câncer de próstata na fase inicial pode evitar que se desenvolva e chegue a uma fase mais avançada.
- Riscos: ter um resultado que indica câncer, mesmo não sendo, gera ansiedade e estresse, além da necessidade de novos exames, como a biópsia. Diagnosticar e tratar um câncer que não evoluiria e nem ameaçaria a vida. O tratamento pode causar impotência sexual e incontinência urinária. Os riscos desses exames estão relacionados às consequências dos seus resultados e não à sua realização.

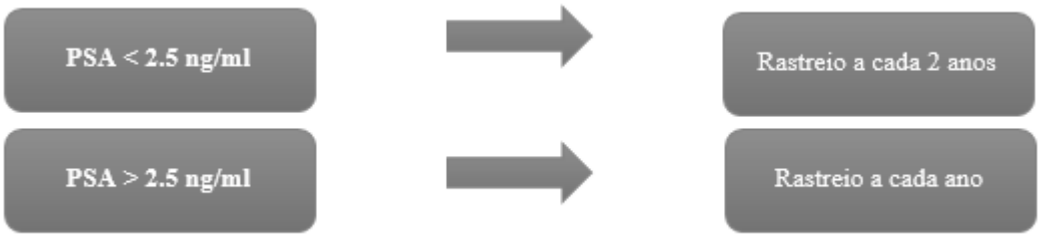
Nesse sentido, o rastreamento universal para a população masculina não é recomendado, devendo-se avaliar individualmente cada situação, levando em consideração a idade, a história familiar e a etnia. Dessa forma, a utilização de testes iniciais de PSA só estão recomendadas em homens com sinais e sintomas de:

- dificuldade de urinar;
- demora em começar e terminar de urinar;
- sangue na urina;
- diminuição do jato de urina;

- necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite.

Aqueles da raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata (pai, avô ou irmão) devem começar o rastreio aos 45 anos. Acima dos 75 anos, poderá ser feito apenas para os casos em que a expectativa de vida é superior a 10 anos. Ressalte-se que o exame de toque retal pode ser feito conjuntamente como parte do rastreio.

Figura 3. Conduta mediante resultado do PSA



7. CÂNCER COLORRETAL

Com uma prevalência considerável e significativa no Brasil, o câncer colorretal faz parte do grupo com estratégias de prevenção e rastreio bem definidas que devem ser cumpridas de acordo com cada faixa etária.

No que se refere aos fatores de risco, os principais são obesidade, sedentarismo, dieta rica em carnes vermelhas e enlatados, tabagismo, alcoolismo, idade elevada (acima de 50 anos), histórico de pólipos adenomatosos (>1 cm), doença inflamatória intestinal, algumas síndromes cancerígenas e descendência africana.

Os principais testes de rastreios conhecidos são o exame de sangue oculto nas fezes, a colonoscopia e a sigmoidoscopia. No Brasil, as recomendações de rastreio são de início aos 50 anos até os 75. Após essa idade, devem ser levados em consideração fatores como expectativa de vida e a saúde de cada paciente de forma individualizada. Para o rastreio de pessoas sem fatores de risco adicionais, o principal exame realizado, em caráter preventivo pelo SUS, é a pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente. Se positivo, investigação complementar com a colonoscopia é realizada.

Deve-se ressaltar que algumas pessoas podem necessitar de um início de rastreio mais precoce de acordo com fatores de risco específicos, enquadrando-se em categorias de risco aumentado de desenvolver CA colorretal ou risco alto de desenvolvê-lo. Estes grupos podem necessitar de um rastreio antes mesmo dos 45 anos de idade, sendo eles:

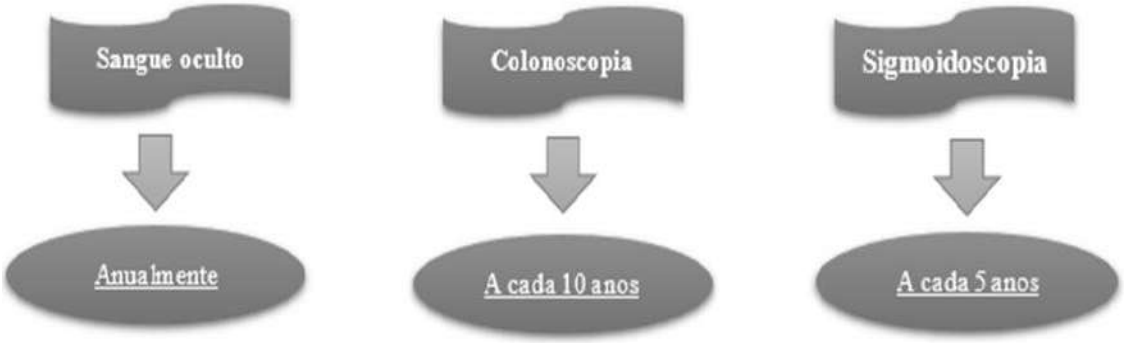
7.1. RISCO AUMENTADO

- Histórico familiar de câncer de cólon ou reto: Depende do grau de parentesco, sendo mais elevado em parentes de primeiro grau (pais e irmãos), devendo iniciar o rastreio 10 anos antes da idade do familiar no momento do diagnóstico. Se houver mais de um caso na família, tomar como parâmetro o mais jovem que teve o diagnóstico confirmado.
- Histórico de pólipo: Depende do tipo, tamanho e quantidade de pólipos removidos, podendo necessitar repetir a colonoscopia antes dos 3 anos da realização da última de acordo com essas características.
- História patológica pregressa de CA colorretal: Esses indivíduos necessitarão de um acompanhamento mais intenso e regular, geralmente repetindo a colonoscopia anualmente. Exames complementares podem ser solicitados para elucidação diagnóstica, como US prostática ou abdominal.
- Histórico de radiação abdominal ou pélvica: As colonoscopias ou exame de sangue oculto nas fezes poderão necessitar de um início mais precoce, a depender da idade em que realizou o procedimento: 5 anos depois do episódio ou aos 30 anos de idade (o que for primeiro). A frequência é, em média, de 3 a 5 anos para repetição do exame.

7.2. RISCO ALTO

- Pessoas com diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal – D. de Crohn ou Retocolite ulcerativa: Geralmente, essas pessoas devem iniciar o rastreio 8 anos após o estabelecimento do diagnóstico, repetindo a colonoscopia numa frequência de 1-3 anos, a depender dos achados encontrados no exame anterior e de outros fatores de risco associados à doença.
- Pessoas com síndromes genéticas específicas: Sabe-se que algumas síndromes elevam o risco de desenvolvimento de câncer colorretal, como a Síndrome de Lynch e a polipose adenomatosa familiar. Nesses casos, o rastreio pode ser iniciado logo na adolescência com uma regularidade maior.

Figura 4. Periodicidade segundo teste de rastreio escolhido



8. CASO CLÍNICO

Dona Joana, 52 anos, comparece ao CSF do seu bairro para sua primeira consulta médica. “Não gosto de ir ao médico. Graças a Deus, nunca precisei desde que sou adulta, só ia quando era menor por causa de umas crises de garganta que eu tinha e minha mãe me levava. Minha irmã insistiu para que eu viesse dizendo que estou ficando velha e preciso fazer exames, então eu vim”. Questionando um pouco sobre como andava a saúde de dona Joana, a mesma referiu que estava tudo bem, mas que tinha uma “mijadeira” e uma sede mais intensa que vinha incomodando-a há cerca de 2 meses. Acerca do histórico familiar, revela que a mãe morreu aos 54 anos devido à câncer de ovário e o pai aos 59 anos por infarto, motivos que a trouxeram para a consulta, tendo em vista que chegou na “casa” dos 50 anos. Informa também que nunca fumou, nem consome bebidas alcóolicas e que não possui vida sexual ativa há muito tempo, mas que já teve por volta dos seus 15-25 anos.

1) **No que tange aos principais rastreios que devem ser realizados nessa paciente, quais exames você solicitaria para a mesma?**
    a) Glicemia de jejum, monitorização residencial da pressão arterial, ultrassonografia das mamas, Papanicolau e sangue oculto nas fezes.
    b) Lipidograma completo, glicemia de jejum, monitorização residencial da PA, mamografia, Papanicolau e colonoscopia.
    c) Lipidograma completo, glicemia de jejum, monitorização residencial da PA ultrassonografia, sangue oculto nas fezes.
    d) Lipidograma completo, glicemia de jejum, monitorização residencial da PA, mamografia, Papanicolau e sangue oculto nas fezes.

2) **De acordo com as diretrizes para o rastreamento das principais doenças na APS, assinale o item correto.**

   a) Quanto ao rastreio do CA de mama, essa paciente já devia ter realizado o exame clínico das mamas desde os 40 anos, porém a mamografia não se encontra em muito atraso, pois deveria ter realizado a primeira aos 50 anos.

   b) O rastreio do perfil lipídico deveria ter se iniciado desde os seus 35 anos de idade.

   c) Um dos rastreios mais preocupantes em atraso é o da citologia oncótica, por se tratar de uma paciente que já teve vida sexual e deveria ter realizado o exame inicial aos 25 anos.

   d) Em caso de normalidade no exame Papanicolau, essa paciente deve repetir o rastreio após 3 anos.

3) **Quanto aos requisitos estabelecidos pela OMS para que se estabeleça um programa de rastreamento de determinada doença, assinale o item que não corresponde a um critério.**

   a) O programa deve ser financiado pelo governo.

   b) O teste deve ser aceitável, de pouco risco ou desconforto para a comunidade.

   c) A história natural da doença deve ser bem compreendida.

   d) Deve existir um tratamento para a doença.

   e) A doença deve ser um importante problema de saúde pública.

Gabarito: 1D, 2C, 3A.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária: Rastreamento. Brasília: 2010, p. 95.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Pocket guidelines – Versão para a língua portuguesa. [S.L.]: [s.n.], 2018.

MANSUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a

Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Braz J Med Biol Res. Ribeirão Preto: [s.n.], 1983. p. 215-8. v. 16, n. 3.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA – Instituto Nacional do Câncer, 2020. Dados e Números da Prevalência do Tabagismo. Disponível em < https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em: 10.06.2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA – Instituto Nacional do Câncer, 2020. Disponível em < https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>. Acesso em: 10.06.2020.

MOYNIHAN, R. Prevenção do sobrediagnóstico: como parar de causar danos às pessoas saudáveis? In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. cap. 32.

PASSOS, Eduardo Pandolfi et al. Rotinas em Ginecologia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SIU, A. L. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: USPSTF Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. Filadélfia: [s.n.], 2015. p. 861-868. v. 163., n. 11.

SIU, A. L. Screening for High Blood Pressure in Adults: USPSTF Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. Filadélfia: [s.n.], 2015. p. 778-786. v. 163., n. 10

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. Rio de Janeiro: [s.n.], 2017. P. 76.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Rio de Janeiro: [s.n.], 2019. P. 891.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: [s.n.], 2016. P. 83.

CAPÍTULO XVII

LOMBALGIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-17

Autor(a): Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Coautores: Ana Clara de Souza Correa
Paula Fernanda Patriolina Teixeira de Oliveira
Rafael Lucas Simões dos Santos
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO

Com o advento da modernização mundial, surgiram novas formas de trabalho e de estilos de vida urbanos, aumentando os índices de sedentarismo, de obesidade e de doenças ocupacionais e degenerativas. A própria evolução humana, com o desenvolvimento da postura bípede e da disposição curvada da coluna em "S", gerou desequilíbrios mecânico-posturais que podem causar diversas doenças na coluna vertebral, entre elas, a lombalgia.

Nesse contexto, episódios de dor lombar se intensificaram ao ponto de serem altamente frequentes na atualidade, constituindo uma importante causa de incapacidade e de ausência no trabalho, com prevalência que aumenta com a idade até a faixa dos 60 anos e que é mais intensa no sexo feminino.

2. CLASSIFICAÇÃO

A lombalgia pode ser classificada de acordo com seu tempo de duração, como aguda, com duração até 4 semanas, subaguda, de 4 a 12 semanas, e crônica, que dura mais de 12 semanas, podendo gerar intenso sofrimento pessoal.

Além disso, elas podem ser classificadas quanto a sua etiologia, que pode ser mecânica, visceral ou sistêmica. Entre as causas mecânicas, pode-se citar a lombalgia de origem inespecífica, a qual é a mais prevalente (70-90% dos casos). Nela, não se identifica uma causa única que justifique a dor, podendo ser proveniente de enfraquecimento muscular, da sobrecarga de atividades físicas, do sedentarismo, de discopatias, de distensões, de entorses,

entre diversas outras causas. Ainda no grupo de causas mecânicas, encontram-se etiologias específicas referentes a osteoartrose lombar, hérnia de disco, entre outras.

Já as causas viscerais são provenientes de dores referidas atreladas a problemas em determinados órgãos, como prostatite e pielonefrites. Por fim, as causas sistêmicas são diversas, como malignidades e infecções.

Tabela 1 - Classificações das Lombalgias

Classificação Cronológica	Classificação Etiológica
Aguda: até 4 semanas	Mecânica: Lombalgia de origem inespecífica, osteoartrose lombar, hérnia de disco, estenose espinhal, colapso vertebral por osteoporose, espondilolistese, fraturas traumáticas, cifose, escoliose etc.
Subaguda: de 4 a 12 semanas	Visceral: Prostatite, pielonefrite, pancreatite, úlceras pépticas, endometriose, aneurisma aórtico etc.
Crônica: mais de 12 semanas	Sistêmica: Malignidades, infecções (ex: tuberculoses e osteomielites), fraturas por osteoporose, artrites inflamatórias (ex: espondilite anquilosante) e doenças do tecido conectivo.

Fonte: Elaborada pelos autores com base no Tratado de Medicina da Família e Comunidade (Gusso, 2019) e no Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências (Ducan, 2013).

3. ANAMNESE

Inicialmente, é importante explorar as características principais da dor, como sua intensidade, duração, irradiação, localização, fatores de melhora e piora, alteração da sensibilidade e influência funcional, bem como se já foi tratada anteriormente e se possui relação com os demais órgãos e com as práticas laborais.

Em seguida, o médico deve direcionar seus questionamentos acerca da identificação de causas sistêmicas, de comprometimento neurológico que exija avaliação cirúrgica e de sofrimento social e psicológico que possa intensificar e manter a dor por mais tempo.

Assim, deve-se investigar a presença de sinais de alerta vermelhos, como dor que não melhora mesmo com medicamentos, idade maior que 70 anos, imunossupressão, perda de peso não explicada etc.

Tabela 2 - Sinais de alerta vermelho associados às lombalgias.

Sinais de alerta vermelho
Sinais ou sintomas sistêmicos: febre, calafrios, sudorese noturna e/ou perda de peso inexplicada (infecção/malignidade)
Déficit neurológico focal progressivo ou profundo

Sinais de alerta vermelho
Trauma/ lesão em alta velocidade
Dor que é refratária a medicamentos/injeções e persistente por mais de 4 a 6 semanas
Idade avançada (acima de 70 anos)
Uso prolongado de corticosteróides
Contusão ou abrasões na coluna vertebral
Doença sistêmica que cause imunocomprometimento, como Aids ou uso de drogas intravenosas (aumento do risco de osteomielite, que pode causar abscesso epidural)
História de câncer
Incontinência ou retenção urinária

Fonte: Adaptada de "Tratado de Medicina da Família e Comunidade" (Gusso, 2019)

Também é de grande valia a investigação dos sinais de alerta amarelos, os quais avaliam o risco de recorrência do problema e de progressão para a fase crônica. Desse modo, deve-se questionar sobre o comprometimento funcional do indivíduo, presença de quadros depressivos ou ansiosos, bem como de pensamentos catastróficos e baixo estado geral.

Descartando-se condições graves, o médico deve focar sua investigação em causas específicas de lombalgia, como espondilolistese, estenose e hérnica de disco com radiculopatia. Na ausência de causas estabelecidas, deve classificar a dor como lombalgia inespecífica.

Dores inflamatórias, por exemplo, são sugestivas de espondiloartrites e pioram com o repouso e melhoram com o exercício físico, além de apresentaram intensa rigidez matinal. Já a hérnia de disco é associada com sintomas característicos de ciatalgia e não melhoram com repouso.

A lombalgia noturna, quando relacionada com perda de peso inexplicada e idade acima de 50 anos pode indicar a presença de câncer, mas quando associada a uso de drogas e infecção de pele, pode sugerir etiologia infeciosa.

Quando há presença de retenção urinária e anestesia em sela, deve-se desconfiar da síndrome da cauda equina e, nos casos de fraqueza, hipertonicidade, sinal de Babinski e espasticidade, é importante pensar em mielopatia por compressão radicular. Nesses casos, é necessário realizar exames de imagem imediatamente, tendo em vista que tais patologias são consideradas situações de emergência.

Dores que pioram com o movimento ou quando são intensificadas por prolongados períodos em pé sugerem causas mecânico-degenerativas. Já as dores que não são associadas a movimentação da coluna vertebral e que se fazem presentes mesmo no repouso são

sugestivas de causas extra raquidianas, podendo ser geradas por quadros de endometriose e aneurisma aórtico abdominal, por exemplo.

Nos casos de pacientes que referem dores imprecisas, que mudam de localização com o tempo e que possuem irradiações atípicas, como para o abdome e para o peito, é importante realizar investigação para causas psicossomáticas.

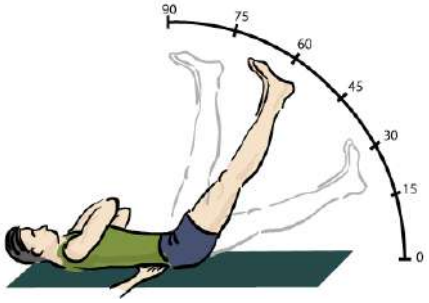
4. EXAME FÍSICO

Inicialmente, deve-se fazer uma inspeção da postura e da marcha do paciente, observando a disposição e alinhamento de suas vértebras e músculos, da postura e do andar, e pesquisando sinais de escoliose antálgica (para aliviar tensão da raiz nervosa), atrofia muscular (pode ser decorrente de problemas prolongados nas raízes nervosas), déficit motor, abaulamentos e traumas.

Além disso, é necessária a realização da flexão e extensão do dorso, para observar a limitação da funcionalidade e a palpação das apófises ósseas e dos locais dolorosos, pesquisando a presença de processos inflamatórios e espasmos musculares. Dores que pioram com a flexão podem indicar hérnia de disco e dores que pioram com a extensão sugerem estreitamento artrósico do canal raquidiano. Estímulos álgicos decorrentes da palpação da coluna, por exemplo, indica alta sensibilidade e baixa especificidade diagnóstica para osteomielite vertebral.

Na suspeita de comprometimento radicular, é necessário realizar o teste da elevação da perna reta (Lasègue), que consiste na elevação de 30 a 60 graus do membro inferior ipsilateral a dor. Positiva quando o paciente refere dor na região posterior da coxa, indicando compressão radicular, e pode ser sensibilizado com a concomitante dorsiflexão do pé.

Figura 1: Manobra de Lasègue



Fonte da ilustração: Google Imagens

Os casos de indivíduos que não conseguem andar com as pontas dos pés sugerem compressão de raíz S1 e quando não o fazem com os calcanhares indicam compressão de L5, achados conhecidos como sinais das pontas.

Uma alternativa para pesquisa de lombalgias de origem psicossomáticas é a movimentação de quadris e ombros, evitando mover a coluna. Nesses casos, a presença de dores com essa mobilização pode ser indicativa de causas não orgânicas.

Já se a hipótese for de discopatia, pode-se fazer a avaliação dos dermátomos, avaliando a simetria dolorosa por meio de objetos pontiagudos nos dermátomos S1 (maléolo lateral), L5 (dorso do pé) e L4 (face medial da perna).

Ademais, pode-se fazer o teste de Faber para pesquisa de espondilite anquilosante. Esse teste é positivo na presença de degeneração da articulação coxofemoral, quando há dor homolateral na região inguinal da coxa flexionada, rotada externamente e abduzida durante o decúbito supino, enquanto a perna contralateral é estabilizada.

Figura 2: Teste de Faber

Fonte da ilustração: Google Imagens

4.1. EXAMES COMPLEMENTARES

Exames de imagem não costumam ser necessários em pacientes com lombalgia de causa indefinida (de evolução menor que 6 semanas), tendo em vista que os achados radiográficos não traduzem necessariamente as justificativas da dor, podendo ser apenas achados casuais, principalmente quando não há correlação com a anamnese.

Contudo, é importante realizar imediatamente radiografia e Velocidade de hemossedimentação (VHS) quando há forte suspeita de câncer, bem como fazer uso da ressonância magnética (RM) quando há suspeita de déficit neurológico grave, síndrome da cauda equina e infecção.

Já em algumas situações, os exames de imagem só devem ser solicitados após a testagem terapêutica, como é o caso da RM quando suspeita de estenose espinhal e radiculopatia, além da radiografia com ou sem VHS quando suspeita de espondilite

anquilosante e quando há risco mediano de câncer e de compressão por fratura vertebral (traumas, osteoporose, faixa etária avançada, utilização de corticóides e osteoporose).

Quanto aos exames laboratoriais, geralmente não são necessários, mas podem ser solicitados, por exemplo, para indivíduos que precisam de avaliações pré-cirúrgicas, para idosos com sintomas constitucionais ou falhas terapêuticas, bem como para descartar causas metabólicas, infecciosas, tumorais e infamatórias em pacientes com evoluções atípicas. Assim, alguns dos exames que podem ser solicitados são: hemograma, eletroforese de proteínas, exame de urina, glicemia, dosagens séricas de cálcio e fósforo, sangue oculto nas fezes, antígeno prostático específico (PSA), além do VHS e da proteína C- reativa (PCR), os quais devem ser realizados em casos de lombalgias não explicadas que não melhoram em 4 semanas, podendo auxiliar no diagnóstico de osteomielite ou outras infecções espinhais.

5. CONDUTAS

Os pacientes com lombalgia devem classificados de acordo com o tempo e com a evolução da doença. Também é preciso descartar a presença de alertas vermelhos, os quais indicam doenças graves (ex: tumor, infecções e traumas) que requerem condutas específicas. Assim, ausência desses sinais sugere quadro de melhor prognóstico, sendo necessários apenas tratamentos sintomáticos.

Em geral, o repouso pode ser benéfico nas lombalgias, nas lombociatalgias e nas dores ciáticas dos distúrbios mecânico-degenerativos agudos. No entanto, para melhorar a capacidade funcional e a intensidade da dor, bem como para diminuir recorrências, tal repouso deve ocorrer por tempo limitado (em média 3-4 dias, dependendo do quadro e da causa da dor), tendo em vista que o sedentarismo pode prejudicar a saúde do aparelho locomotor.

Nas lombalgias agudas pode-se fazer uso de analgésicos e de anti-inflamatórios não esteroides (AINES), podendo gerar mais analgesia quando utilizados de modo concomitante, tendo em vista que possuem mecanismos de ação distintos.

O uso de paracetamol, por exemplo, na dose de 500mg por 5 a 6 vezes ao dia, é um medicamento seguro nos casos mais leves e sem comprometimento inflamatório, apesar de que seu benefício não foi comprovado no tratamento de lombalgias. Possui baixo risco de complicação, mas deve ser prescrito com cuidado para pacientes com problemas hepáticos e

em indivíduos que já fazem uso de AINES. A dipirona também é comumente utilizada e seu efeito analgésico possui respaldo na prática médica, sendo prescrita na dose de 500mg até 4 vezes ao dia.

Já quando a dor é mais intensa ou quando possui irradiação ao longo do trajeto do nervo ciático, os AINES são mais indicados, sempre prescritos de acordo com a facilidade de uso e com a acessibilidade de custo, além da monitoração dos efeitos colaterais. Os inibidores da COX1 (ciclooxigenase 1) e e da COX2 (ciclooxigenase 2) possuem a mesma eficácia, mas os primeiros causam mais efeitos adversos gastrointestinais, sendo contraindicados na presença de úlceras pépticas e de sangramentos no trato gastrointestinal, e o segundos, apesar de possuírem menos riscos sobre o sistema digestório, geram mais riscos de eventos trombóticos cardiovasculares.

Não se deve utilizar aspirina devido a toxicidade das suas doses analgésicas e, caso a terapêutica inicial com AINES falhe, é importante que sejam testados outros anti-inflamatórios, pois podem existir diferentes respostas individuais a esses medicamentos.

Nos casos das dores agudas e intensas que não respondem aos AINES, pode-se prescrever opióides, como o cloridrato de tramadol (100 – 400 mg diários) e o fosfato de codeína (30mg, 3 a 4 vezes ao dia), os quais podem gerar efeitos colaterais, como constipação intestinal e sonolência. Vale ressaltar que esses medicamentos não devem ser utilizados por tempo ampliado devido seu potencial efeito de dependência química, sendo, portanto, contraindicados para tratar lombalgias crônicas.

Há evidências de que a utilização de relaxantes musculares no tratamento da lombalgia aguda é superior ao placebo, a exemplo do carisoprodol (ação periférica) e da ciclobenzaprina (com ação central). Não se sabe se há diferenças na segurança e na eficácia das diversas classes de relaxantes musculares, não sendo recomendada sua utilização por longos períodos.

Corticosteróides comumente não são indicados, a não ser nos casos de osteoartose zigoapofisária, quando a ressonância indicar intenso processo inflamatório, e na hérnia discal aguda, podendo ser mais vantajoso que os AINES.

A terapêutica da lombalgia crônica é de difícil eficácia, com pequenas melhoras. São indicados exercícios individualizados de acordo com a necessidade de reabilitação, os quais devem incluir atividades de desempenho aeróbico, de alongamento e fortalecimento monitoradas por fisioterapeutas. A corrida, a caminhada e a natação, os quais fazem parte

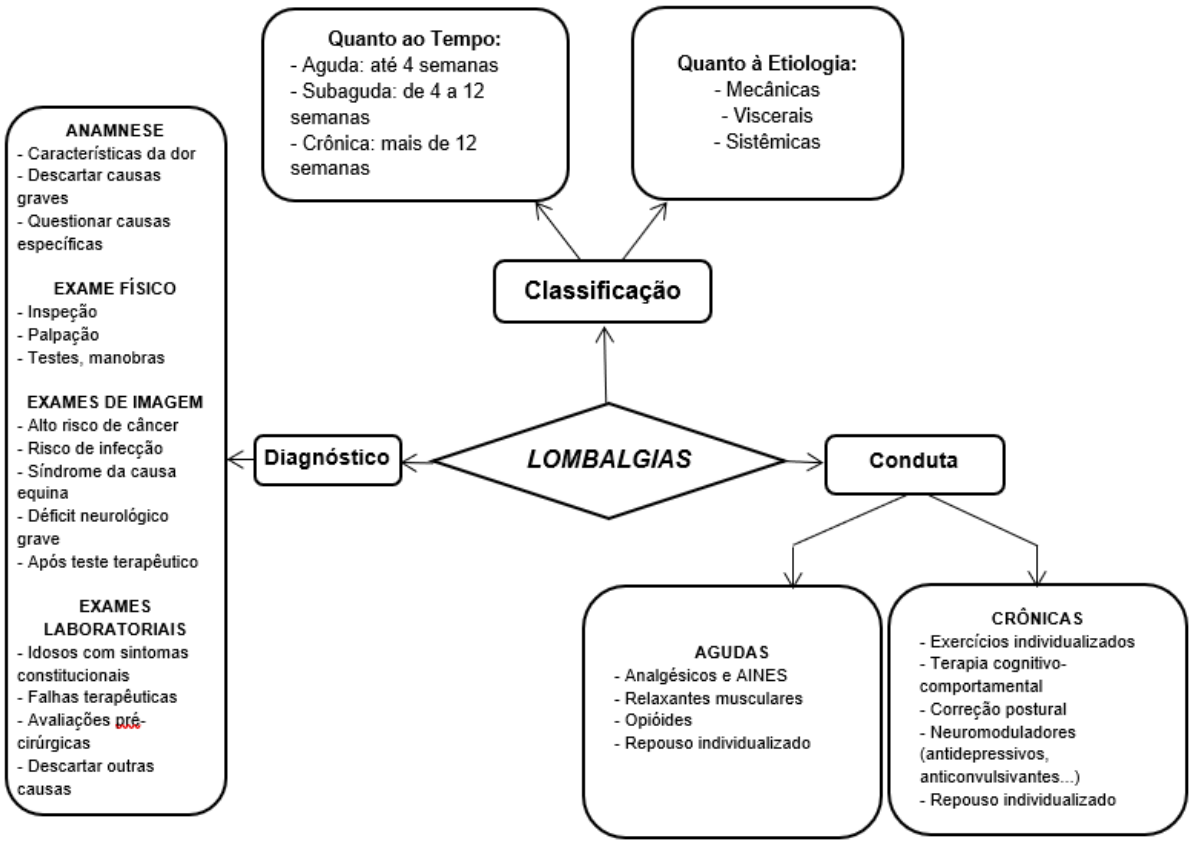
dos exercícios aeróbicos, são menos agressivas e possuem benefício comprovado nas causas mecânico-degenerativas.

Pode-se realizar técnicas de correção postural, com as chamadas “escolas de coluna”, as quais possuem evidências de benefícios na minimização de dores lombares relacionadas a práticas ocupacionais. Além disso, as terapias comportamentais também podem ser de significativa valia no controle e no entendimento da dor, apesar de que seus métodos precisam ser melhor estudados para individualizá-los de acordo com cada tipo de paciente.

Técnicas, com gelo e calor, e órteses não modificam a causa das doenças, mas podem ser utilizadas em coadjuvância. As órteses, por exemplo, podem auxiliar na estabilização dos segmentos instáveis da coluna, prevenir traumas e diminuir o estresse. Já no que se refere à acupuntura, não há indicativos suficientes que comprovem benefícios em pacientes lombálgicos, a não ser nos quadros crônicos, com fatores de risco psicossociais envolvidos e sem sinais de alerta. No entanto, a melhora da dor é momentânea, logo após as sessões.

Em relação à terapia medicamentosa, estão indicados analgésicos e AINES nas fases em que houver maior incômodo da dor. O uso de antidepressivos tricíclicos pode ser benéfico mesmo em pacientes sem quadros depressivos, mas as outras classes, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)não possuem eficácia comprovada, sendo, portanto, contraindicados. Já os ansiolíticos, anticonvulsivantes e neurolépticos devem ter uso individualizado, o qual deve ser orientado por especialistas. Todavia, não há evidências significativas de que sejam úteis a longo prazo, pois não agem na história natural da doença.

FLUXOGRAMA



Fonte: autores (2021).

CASO CLÍNICO

R.M.D., 50 anos, trabalha há 20 anos como empregada doméstica, realizando diversas atividades durante o dia, como lavar louças, varrer a casa, limpar móveis e transportar itens pesados, como garrafões de água. A paciente relata que, há 5 anos, sente dores na região lombar que pioram com a movimentação. Foi diagnosticada com depressão há 10 anos, mas não realiza nenhum tratamento para o quadro atualmente. Nega febre, perda de peso e uso de corticosteroides.

1) No que tange ao manejo dessa paciente, assinale o item correto

a) Possivelmente trata-se de um quadro psicossomático, tendo em vista que as características da dor são imprecisas e com irradiações típicas.

b) A paciente possui lombalgia crônica, a qual tem caráter autolimitado que melhora significativamente com o uso de analgésicos e AINES.

c) O quadro possui caráter inflamatório, pois piora com a movimentação.

d) Trata-se de um quadro crônico, possivelmente proveniente de causas mecânico-degenerativas que teve sua progressão facilitada pela presença de sinais de alerta amarelos.

e) A história clínica sugere origem extra-raquidiana, indicando malignidade.

2) Uma anamnese detalhada dos pacientes lombálgicos é essencial para um diagnóstico seguro e verossímil, devendo ser realizada em todos eles. No que se refere a essa importante etapa investigativa, assinale o item incorreto:

a) Lombalgias noturnas, quando associadas com síndrome consumptiva e com idade maior que 50 anos, pode indicar quadros malignos.

b) Dores inflamatórias melhoram com o repouso e pioram com a prática frequente de exercícios físicos.

c) Uma das primeiras tarefas a se fazer é explorar as características da dor, questionando sobre sua intensidade, localização, irradiação e duração.

d) Na presença de espasticidade e hipertonicidade, deve-se desconfiar de mielopatia por compressão radicular.

e) Pacientes portadores de síndrome da cauda equina podem referir quadros de anestesia em sela e de retenção urinária.

3) Marque o item em que todas as terapêuticas são mais indicadas no manejo da dor lombar crônica:

a) Opióides ,AINES e ansiolíticos.

b) Antidepressivos tricíclicos, relaxantes musculares e repouso ilimitado.

c) Exercícios individualizados, terapia cognitivo-comportamental e antidepressivos tricíclicos.

d) Educação postural, relaxantes musculares e antidepressivos da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina.

e) Relaxantes musculares, analgésicos e acupuntura.

4) Os exames de imagem, em grande parte dos casos, não auxiliam no diagnóstico das lombalgias, tendo em vista que os achados radiográficos muitas vezes não se correlacionam com a causa da dor. Sobre esse tipo de exame complementar, assinale a afirmativa correta:

a) A ressonância magnética não é necessária quando se desconfia de déficit neurológico grave.

b) Na suspeita de infecção, exames de imagem não se fazem necessários, bastando a realização de exames laboratoriais.

c) Na suspeita de síndrome da cauda equina, o exame de imagem principal a ser realizado é a radiografia, acompanhada de exames laboratoriais.

d) Alguns exames são eficazes quando realizados anteriormente a testagem terapêutica, a exemplo da ressonância magnética quando se desconfia de radiculopatia.

e) Deve-se realizar, o mais breve possível, radiografia e Velocidade de hemossedimentação (VHS) quando há significativa suspeita de câncer.

Gabarito: 1D, 2B, 3C, 4E.

REFERÊNCIAS

BRAZIL, A.V.; XIMENES, A.C.; RADU, A.S; FERNADES, A.R.; APPEL, C.; MAÇANEIRO, C.H.; RIBEIRO, C.H.; GOMES, C.; MEIRELLES, E.S; PUERTAS, E.B. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. Revista Brasileira de Reumatologia. [S.L.]: [s.n.], 2004. p. 419-425. v. 44, n. 6. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042004000600005. Acesso em 10.04.2021.

CARVALHO, Marco Antonio P. (org.). Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento. 4. ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2014.

CECIN, Hamid Alexandre et al (ed.). Tratado Brasileiro de Reumatologia. São Paulo: Atheneu, 2015.

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013

GUSSO, Gustavo. Diabetes melito tipos 1 e 2. In: GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 4591-4627. v. 2, cap 178.

CAPÍTULO XVIII

CEFALEIAS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-18

Autor(a): Yasmin Saboia Moreira
Coautores: Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Rafael Lucas Simões dos Santos
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO

As cefaleias constituem um grupo de enfermidades dolorosas que acometem a região cranial. É uma das queixas mais prevalentes na prática médica da Atenção Básica e possui grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, que são, em sua maioria, mulheres.

Podem ser classificadas em primárias e secundárias. As cefaleias primárias consistem em dores de cabeça que não são consequência de outra enfermidade, sendo esse o único sintoma ou o principal. Já as cefaleias secundárias são decorrentes de outras doenças subjacentes neurológicas ou sistêmicas (ex.: sinusite, dengue, meningite, hemorragia subaracnóidea, tumor cerebral).

Nesse contexto, uma anamnese elaborada associada ao exame físico detalhado é fundamental para diferenciar causas primárias e secundárias com possíveis situações emergenciais.

O tratamento é dividido em terapia abortiva para o alívio imediato da dor e terapia profilática que visa diminuir a frequência e a intensidade das crises.

2. QUADRO CLÍNICO

É importante que o profissional da saúde tenha conhecimento das características específicas dos diferentes tipos de cefaleias e dos “red flags” (sinais vermelhos) associados a cefaleias secundárias. Embora somente 1% dos casos necessitem de intervenção emergencial, é necessário descartar essas situações pelo potencial risco à vida.

Dentre as cefaleias primárias, podemos destacar a enxaqueca, a cefaleia tipo tensão e a cefaleia em salvas.

A **enxaqueca (ou migrânea)** é uma importante causa de morbidade e de incapacidade no mundo. Apresenta-se como crises recorrentes constituídas de até cinco estágios (não necessariamente todos presentes):

i. Pródromo: também conhecidos como sintomas premonitórios, precedem a cefaleia em horas ou até dias (geralmente 2 a 48 horas). Os sintomas mais comuns são irritabilidade, fadiga, compulsão por alimentos específicos, dificuldade de concentração, náuseas e bocejos.
ii. Aura: sintoma neurológico temporário e progressivo que precede a cefaleia e dura em torno de 5 a 60 minutos, manifestando-se principalmente por alterações visuais, como escotomas e pontos fosfenos. Em alguns casos pode manifestar-se por alterações sensitivas e, raramente, alterações motoras. Costuma cessar no momento em que a dor aparece.
iii. Cefaleia: possui caráter pulsátil de intensidade moderada ou forte, podendo durar de 4 a 72 horas. Frequentemente é unilateral e acompanhada de náuseas, vômitos, fotofobia e/ou fonofobia.
iv. Período de resolução: fase na qual alguns pacientes necessitam de um período de repouso para se reestabelecer. Pode haver vômitos nessa fase também.
v. Sintomas residuais: podem incluir fadiga, fraqueza, dificuldade de concentração e confusão mental.

No que se refere à presença ou não de aura, as enxaquecas são classificadas em migrânea clássica (com aura), migrânea comum (sem aura) e migrânea complicada (quando a aura permanece após o início da cefaleia).

Caso o paciente tenha mais de 15 crises por mês, durante 3 ou mais meses, é classificado como migrânea crônica.

A cefaleia do tipo tensão é a mais prevalente dentre as primárias. Pode ser ocasionada por estresse, má postura ou esforço visual, caracterizando-se por dor bilateral ou occipital, leve ou moderada, em aperto, que pode durar de 30 minutos a vários dias. Não está associada a náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia nem há piora com atividades habituais. Pode apresentar dolorimento pericraniano, que pode ser identificado através da palpação dos músculos pericranianos.

A cefaleia tensional pode ser episódica frequente, episódica infrequente ou crônica, quando o paciente relata ter mais de 15 crises por mês, durante três ou mais meses. Nesse caso, é necessário investigar abuso de medicamentos por ser um importante causa de cronificação.

A cefaleia em salvas é a cefaleia trigemino-autonômica mais comum, embora seja pouco prevalente. Ocorre com mais frequência em homens e consiste em crises de dor unilateral intensa, geralmente noturna, na região periorbital e temporal, de início súbito e duração de 15 a 180 minutos. Evolui em surtos de um a três meses de duração (salvas), em que o paciente pode ter de uma a oitos crises por semana, e períodos de remissão. As crises cursam com alterações autonômicas ipsilaterais à dor, tais como lacrimejamento, edema palpebral, hiperemia conjuntival, congestão nasal, rinorréia, miose e ptose palpebral. O paciente, normalmente, apresenta inquietação e caracteristicamente fica ziguezagueando de um lado para o outro.

A consulta de um paciente com queixa de cefaleia deve ser bem elaborada, a fim de se obter o maior número de informações possíveis para o correto diagnóstico e a exclusão de possíveis causas secundárias.

Durante a anamnese, deve-se buscar obter informações sobre o tempo da cefaleia, envolvendo duração, frequência e quando se iniciou o quadro; características da dor, sua intensidade, tipo de dor, localização e irradiação; sintomas associados, como a presença de náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia, alterações visuais ou alterações autonômicas; fatores de melhora ou piora; fatores desencadeantes; história familiar; medicamentos utilizados.

A abordagem do paciente com cefaleia inclui, também, sua experiência com a dor (illness), que pode ter grande relação com o motivo da consulta e revelar angustias e sofrimentos relacionadas ao quadro, como o medo de problemas de saúde mais graves. A tranquilização do paciente em relação ao descarte de doenças mais agressivas é um grande pilar para uma consulta efetiva.

O exame físico do paciente tem como propósito principal descartar possíveis causas secundárias e confirmar hipóteses diagnósticas trazidas pela anamnese. É importante que o médico adote algumas condutas principais:

- Aferir a pressão arterial, para descartar possíveis situações de emergência hipertensiva;

- Inspecionar face, orelhas e crânio para afastar possibilidade de herpes-zóster e observar se há cicatrizes ou indícios de trauma recente;
- Realizar a oroscopia para avaliar se há infecções de vias aéreas superiores;
- Realizar otoscopia, uma vez que a otite média ou externa pode causar dor de cabeça;
- Palpar a região cervical, investigando hipertonia muscular e pontos dolorosos;
- Palpar região temporal no trajeto da artéria temporal, para descartar arterite temporal;
- Realizar exame de fundo de olho para descartar papiledema sugestivo de hipertensão intracraniana;
- Realizar testes para avaliar rigidez de nuca, principalmente em pacientes com febre associada;
- Executar exame neurológico, avaliando testes de força e sensibilidade, marcha, coordenação, alteração nas pupilas e nível de consciência.

Um dos momentos importantes da consulta na Atenção Básica é definir se o paciente em questão precisa ser tratado com urgência, por ser uma condição mais grave associada a cefaleia secundária. Nesse contexto, é relevante que o médico tenha conhecimento dos sinais de alerta (red flags) para o correto manejo do caso, os quais estão citados na tabela 1.

Tabela 1 - Sinais de alerta associados a cefaleias secundárias

Red Flags			
Aparecimento súbito e relatado como “pior dor já sentida”	Mudança no padrão de dor sentida	Rigidez de nuca	Início após os 50 anos
Febre, vômitos e mialgias	Presença de sinais e sintomas neurológicos (alteração do estado mental, nível de consciência ou cognição)	Papiledema	Irradiação para o pescoço
Cefaleia recente associada a crise convulsiva	Cefaleia em pacientes com neoplasias, AIDS ou em uso de anticoagulantes	Cefaleia que piora progressivamente com ápice em poucos dias	Cefaleia noturna ou ao acordar

Cefaleia associada a esforço (exercício, tosse, espirro, relação sexual ou manobra de Vasalva)	Cefaleia durante a gravidez ou puerpério	Cefaleia em crianças sem característica de enxaqueca	Cefaleia com início após trauma craniano ou cervical

Fonte: adaptado de Gusso, G. et al. Tratado de Medicina de Família (2˚ edição) e Duncan, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências (4˚ edição).

Em caso de presença de sinais de alerta, é recomendada a requisição de exames complementares (laboratoriais ou de imagem), encaminhamento para um neurologista ou serviço de emergência pela possibilidade de causa estrutural subjacente.

3. CONDUTA

3.1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das cefaleias primárias é baseado em critérios definidos pelo Comitê de Classificação de Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia e está exposto nas tabelas abaixo (2, 3 e 4).

Tabela 2 – Diagnóstico para migrânea segundo a Sociedade Internacional de Cefaleias

Critérios diagnósticos para enxaqueca	
Enxaqueca sem aura	**Enxaqueca com aura**
A. Pelo menos cinco episódios preenchendo os critérios de B a D B. Episódios de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratada ou tratada sem sucesso) C. A cefaleia tem, pelo menos, duas das quatro características seguintes: 1. Localização unilateral 2. Pulsátil 3. Dor moderada ou grave 4. Agravamento por atividade física de rotina ou seu evitamento (por exemplo: caminhar ou subir escadas) D. Durante a cefaleia, pelo menos, um dos seguintes: 1. Náuseas e/ou vómitos 2. Fotofobia e fonofobia E. Não ser atribuída a outras causas secundárias	A. Pelo menos dois episódios preenchendo os critérios B e C. B. Um ou mais dos seguintes sintomas de aura, totalmente reversíveis: 1. Visual 2. Sensitivo 3. Fala e/ou linguagem 4. Motor 5. Tronco cerebral 6. Retiniano C. Pelo menos duas das quatro características seguintes: 1. Pelo menos um sintoma de aura alastra gradualmente em 5 ou mais minutos, e/ou dois ou mais sintomas aparecem sucessivamente 2. Cada sintoma individual de aura dura 5 a 60 minutos 3. Pelo menos um sintoma de aura é unilateral

Critérios diagnósticos para enxaqueca	
Enxaqueca sem aura	**Enxaqueca com aura**
	4. A aura é acompanhada ou seguida em 60 minutos por cefaleia D. Não ser atribuída a outras causas secundárias

Fonte: Classificação Internacional de Cefaleias – Sociedade Brasileira de Cefaleias (2019)

Quando o paciente dorme durante a migrânea e acorda sem sintomas, considera-se a duração da crise até o momento de o paciente acordar.

Tabela 3 – Diagnóstico para cefaleia tensional segundo a Sociedade Internacional de Cefaleias

Critérios diagnósticos para cefaleia tipo tensão	
Cefaleia tensional episódica infrequente	**Cefaleia tensional episódica frequente**
A. Pelo menos 10 episódios de cefaleias ocorrendo em < 1 dia por mês em média (< 12 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D B. A cefaleia dura desde 30 minutos a 7 dias C. A cefaleia tem pelo menos duas das quatro seguintes características: 1. Localização bilateral 2. Em pressão ou aperto (não pulsátil) 3. Intensidade leve ou moderada 4. Não é agravada por atividade física de rotina como caminhar ou subir escadas D. Acompanha-se dos seguintes aspetos: 1. Ausência de náuseas e/ou vómitos 2. Apenas um dos seguintes sintomas estão presentes: fotofobia ou fonofobia E. Não ser atribuída a outras causas secundárias	A. Pelo menos 10 episódios de cefaleias que ocorrem em 1 a 14 dias em média por mais de 3 meses (≥ 12 dias e < 180 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D B. A cefaleia dura desde 30 minutos a 7 dias C. A cefaleia tem pelo menos duas das seguintes quatro características: 1. Localização bilateral 2. Em pressão ou aperto (não pulsátil) 3. Intensidade leve ou moderada 4. Não é agravada por atividade física de rotina como caminhar ou subir escadas D. Ambos os seguintes: 1. Ausência de náuseas e/ou vómitos 2. Apenas um dos seguintes sintomas estão presentes: fotofobia e fonofobia E. Não ser atribuída a outras causas secundárias

Fonte: Classificação Internacional de Cefaleias – Sociedade Brasileira de Cefaleias (2019)

Tabela 4 – Diagnóstico para cefaleia em salvas segundo a Sociedade Internacional de Cefaleias

Critério diagnóstico para cefaleia em salvas
A. Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios de B a D B. Dor forte ou muito forte unilateral, orbitária, supraorbitária e/ou temporal, durando 15-180 minutos, se não tratada C. A cefaleia acompanha-se de pelo menos um dos seguintes: 1. Ao menos um dos seguintes sintomas ou sinais, ipsilaterais à cefaleia: i. Hiperemia conjuntival e/ou lacrimejamento ii. Congestão nasal e/ou rinorreia iii. Edema palpebral iv. Sudorese frontal e facial v. Miose e/ou ptose 2. Sensação de inquietação ou agitação D. Ocorrendo com uma frequência entre uma a cada dois dias e oito por dia E. Não ser atribuída a outras causas secundárias

Fonte: Classificação Internacional de Cefaleias – Sociedade Brasileira de Cefaleias (2019)

É importante ressaltar que todos os tipos de cefaleias podem evoluir para cefaleia crônica, quando as crises passam a ocorrer mais de 15 vezes por mês, durante três ou mais meses, e possuem características da cefaleia primária inicial.

3.2. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento não medicamentoso consiste em ações individuais a cada paciente que visem a atenuar ou evitar as crises. A abordagem educativa dos indivíduos com relação ao conceito de cefaleia e à segurança de que a dor não está associada a outras doenças mais graves na absoluta maioria dos casos é muito benéfico ao manejo das crises. Ademais, a identificação de fatores desencadeantes, o controle do estresse, técnicas de relaxamento, prática de exercícios físicos regulares e realização de acupuntura são outras técnicas que contribuem para uma melhor qualidade de vida do paciente.

3.3. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento medicamentoso é composto por uma terapia abortiva, utilizada pontualmente no momento da crise para controle da dor, e uma terapia profilática que tem como objetivo diminuir a intensidade e a frequência das crises, ou até mesmo cessá-las.

No que se refere ao tratamento abortivo, é importante ressaltar que as doses da terapia abortiva devem ser repetidas somente se necessárias, levando em consideração o nível individual da dor de cada paciente e o limite de dose diária. O abuso de medicamentos é um grande fator na cronificação da doença, devendo ser evitado.

A tabela 5 mostra algumas opções de fármacos para a utilização durante as crises.

Tabela 5 – Medicamentos que podem ser utilizados no tratamento agudo das cefaleias

Tratamento abortivo das crises de cefaleias	
Migrânea	Dor leve/moderada: ▪ Paracetamol 1g, VO → repetir após 2-4 h não excedendo 3 g/dia ▪ Dipirona 500 mg, VO → repetir após 2-4 h não excedendo 2 g/dia ▪ AAS 1 g, VO → repetir após 2-4 h não excedendo 3 g/dia ▪ Ibuprofeno 800-1200 mg, VO → repetir após 2-4 h não excedendo 1600 mg/dia ▪ Diclofenaco de sódio 50-100 mg, VO → repetir após 2-4 h não excedendo 200 mg/dia ▪ Naproxeno sódico 750-1250 mg, VO → repetir após 2-4 h não excedendo 1650 mg/dia ▪ Dor moderada/intensa: ▪ Triptanos (eletriptano, sumatriptano, naratriptano, almotriptano, rizatriptano) Todos podem ser associados a metoclopramida 20 mg, VO (dose máxima: 0,5 mg/kg/dia até 40 mg) em caso de náuseas ou vômitos
Cefaleia tensional	O uso de analgésicos e de AINEs geralmente é suficiente para controlar a crise, sendo os medicamentos de primeira escolha
Cefaleia em salvas	▪ Oxigênio inalatório a 100% e/ou triptanos (preferencialmente por via subcutânea) ▪ Ergotamina (2˚ opção)

Fonte: adaptado de Gusso, G. et al. Tratado de Medicina de Família (2˚ edição) e Duncan, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências (4˚ edição).

O tratamento profilático é recomendado para pacientes que possuem crises com frequência maior que três crises por mês ou com duração muito longa, com diminuição notória na qualidade de vida do indivíduo.

No contexto da Atenção Básica, as principais medicações profiláticas são os betabloqueadores, os antidepressivos tricíclicos (ADTs) e os antiepiléticos. Deve-se escolher o medicamento mais adequado ao paciente, levando em conta os efeitos adversos, e começar com uma dose baixa, aumentando-a gradualmente até alcançar o resultado esperado. Uma vez estabelecido o controle apropriado das crises, deve-se manter a medicação por seis a doze meses, realizando, após esse período, um desmame gradual até sua retirada.

Tabela 6 – Medicamentos que podem ser utilizados na terapia profilática das cefaleias

Tratamento profilático das cefaleias	
Migrânea	▪ Propranolol 40-240 mg/dia ▪ Amitriptilina 12,5-75 mg/dia ▪ Nortriptilina 10-75 mg ▪ Acido valproico 500-1500 mg/dia
Cefaleia tensional	▪ Amitriptilina 12,5-75 mg/dia (primeira linha) ▪ Venlafaxina 150 mg/dia ▪ Mirtazapina 30 mg/dia
Cefaleia em salvas	▪ Verapamil 40-320 mg/dia → pode-se fazer profilaxia de transição com o uso a curto prazo de corticosteroides ▪ Carbonato de lítio 300-900 mg/dia ▪ Acido valproico 500-1500 mg/dia

Fonte: adaptado de Gusso, G. et al. Tratado de Medicina de Família (2˚ edição) e Duncan, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências (4˚ edição).

4. CASO CLÍNICO

Joana, 25 anos, casada, recepcionista, residente e procedente de Sobral – CE. Mora em uma casa com a mãe, o marido e três filhos. Nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Procurou o CSF de sua região relatando cefaleia intensa, como um "coração batendo na cabeça", hemicraniana à esquerda, com inicio há cerca de uma hora. Afirma que percebe essa dor associada há pontos fosfenos, geralmente meia hora antes de começar a crise, fotofobia, e que possui quadros assim há 2 anos, cerca de uma vez por semana. Quando a dor é muito intensa, relata ter náuseas e chegar a vomitar algumas vezes, além de não conseguir ir trabalhar. A princípio, para tratar, utiliza paracetamol ou dipirona 1g. Nas crises mais fortes chega a buscar atendimento médico de emergência por não haver melhora com analgésicos. Exame físico sem alterações.

Testando seus conhecimentos:

1) **Levando em consideração as características das crises de Joana, podemos classificar sua cefaleia como:**
   a) Cefaleia Tensional
   b) Migrânea
   c) Cefaleia em salvas
   d) Cefaleia secundária
2) **Quais medicações podem ser usadas no tratamento das crises mais fortes?**
   a) Analgésicos com maior dosagem + metoclopramida
   b) AINEs
   c) Amitriptilina
   d) Triptano + metoclopramida
3) **No que se refere ao estabelecimento de um tratamento profilático para Joana, assinale o correto:**
   a) Deve-se instituir o fármaco que seja mais apropriado à paciente, levando em conta sua rotina, qualidade de vida e os efeitos adversos. Algumas opções são: propranolol, amitriptilina e o ácido valproico

b) Não há necessidade de estabelecer um tratamento profilático. Deve-se instruir Joana a ser mais forte e resiliente

c) O tratamento profilático, depois de ajustado, deve ser tomado pelo resto da vida em todos os casos.

d) Os triptanos são os fármacos de primeira escolha para o tratamento profilático

4) Dentre os itens a seguir, assinale aquele que não é considerado um "red flag" para cefaleias secundárias:

a) Papiledema

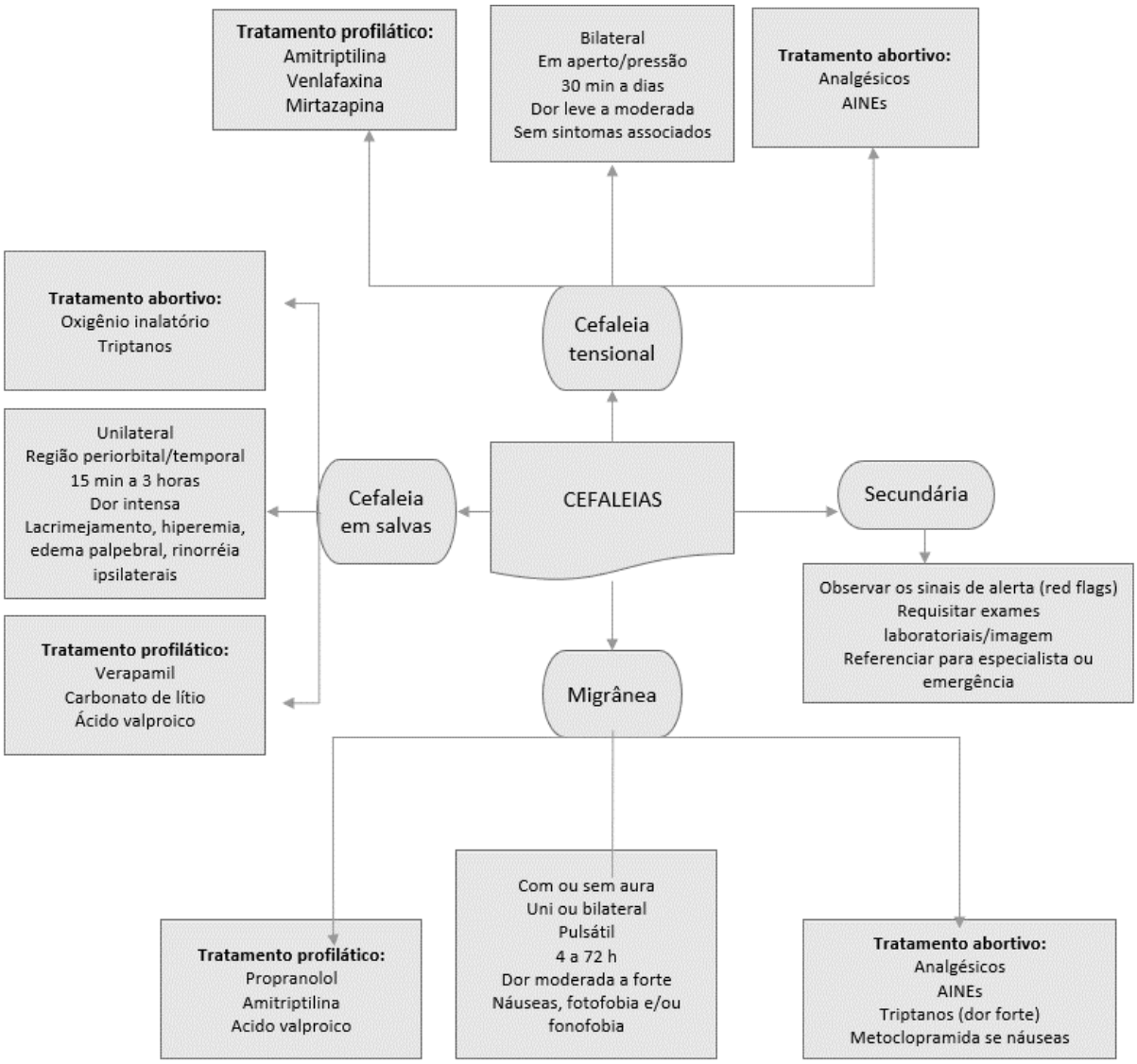
b) Rigidez de nuca

c) Vômito

d) Início após os 50 anos

Gabarito: 1:B, 2:D, 3:A, 4:C.

FLUXOGRAMA



Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção aos problemas neurológicos frequentes na Atenção Básica. Fundação Oswaldo Cruz & SE/UNA-SUS & Universidade Federal de Ouro Preto. 2019.

DODICK, D.; EDVINSSON, L.; MAKINO, T.; GRISOLD, W.; SAKAI, F.; JENSEN, R.; ASHINA, M. Vancouver Declaration on Global Headache Patient Advocacy 2018. [S.L.] :Cephalalgia, p. 1899–1909. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102418781644 . Acesso em 18.07.2020.

DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PROTOCOLO/Atendimento a pacientes com cefaleia na urgência/emergência – Unidade do Sistema Neurológico do HC-UFTM, Uberaba: [s.n.], 2017. P. 35.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALEIA. Classificação Internacional das Cefaleias. 3. ed. São Paulo: Omnifarma, 2019. P. 78 Tradução de: The International Classification of Headache Disorders. Disponível em: https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD-3-Brazilian-Portuguese-translation-25062019.pdf Acesso em: 19.07.2020.

SPECIALI, José Gustavo et al. Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do brasil - 2018. [online]. Academia Brasileira de Neurologia - Departamento Científico de Cefaleia; Sociedade Brasileira de Cefaleia. 2018. [Disponível em https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf Acesso em: 18.07.2020.

CAPÍTULO XIX

VERTIGEM

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-19

Autor(a): Paula Fernanda Patrolina Teixeira de Oliveira
Coautores: Bárbara Ponte Souza
Júlia Oliveira de Assis
Naíse Lima Mourão Soares
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO

O padrão sindrômico vertigem é o que está relacionado mais diretamente à queixa "tontura". O paciente pode descrever a sensação de que as coisas ao seu redor estão se movendo ou que seu corpo está se movendo, quando na verdade está parado - sensação de movimento ilusório. Para a definição da causa do problema, é importante identificar o padrão da tontura. O tipo mais frequente de vertigem é a paroxística posicional benigna (VPPB). É importante diferenciar de outros padrões sindrômicos os quais a tontura pode se manifestar como: pré-síncope, desequilíbrio e hiperventilação para a correta conduta ser seguida de acordo com cada uma.

2. QUADRO CLÍNICO

A grande maioria dos casos é de etiologia benigna e autolimitada, não necessitando de grandes investigações. Vestibulopatias de origem central são muito menos comuns do que as periféricas e geralmente se apresentam com outros sintomas neurológicos associados. Além disso, apresentam sintomas com uma duração maior durante a crise.

As três causas mais comuns de vertigem são a VPPB (42%), a neurite vestibular (40%) e a doença de Ménière (10%).

2.1. VERTIGEM PERIFÉRICA

Pode estar associada a tinnitus (zumbido) e hipoacusia (redução da acuidade auditiva), e o corpo costuma pender para o lado da lesão vestibular durante a queda, com uma instabilidade que não chega a comprometer a marcha, mas com vertigem intensa, podendo

ser acompanhada de prostração, sudorese, palidez, até perda breve da consciência. Náuseas e vômitos podem ser severos e a pessoa consegue andar, a instabilidade postural se presente é unidirecional.

Vertigem paroxística posicional benigna: É a causa mais comum de vertigem. A apresentação clínica é de crises de vertigem com duração menor do que um minuto e desencadeadas por movimentos da cabeça, como deitar-se e levantar-se da cama e inclinar a cabeça para trás ou para frente. É um quadro autolimitado, que pode durar de algumas semanas até alguns meses. Inicialmente, os sintomas são mais fortes, levando o paciente a sentir náuseas, vômitos e a evitar movimentos que desencadeiem sintomas. A fisiopatologia da VPPB envolve a formação de pequenos cristais de carbonato de cálcio (otólitos) na endolinfa dentro do utrículo, que migram para os canais semicirculares e estimulam mecanicamente os receptores das células ciliares. As informações equivocadas transmitidas a partir dessas células, quando processadas no SNC e integradas aos demais estímulos do corpo, geram a sensação de vertigem, de nistagmo e de náuseas percebidos pela pessoa.

Neurite vestibular: Não se sabe qual é a causa da neurite vestibular, mas fisiopatologicamente se trata de uma inflamação do nervo vestibular que não apresenta perda auditiva. Casos em que, tanto o nervo vestibular quanto o labirinto estejam comprometidos, podem cursar com comprometimento da audição e zumbidos, sendo definidos como labirintite. Algumas teorias falam em possível reativação do vírus herpes simples tipo 1 (HSV-1), de infecções virais, da oclusão vascular ou de mecanismos autoimunes. Trata-se de um quadro de vertigem espontânea e prolongada, podendo durar algumas semanas, na qual as crises são intensas e duradouras, diferente dos poucos segundos observados na VPPB. As crises de vertigem e seus sintomas associados costumam ser mais pronunciados na primeira semana da doença, ocorrendo resolução completa do quadro dentro do prazo de 6 semanas. Deve-se suspeitar de neurite vestibular em pacientes que apresentem vertigem associada a desequilíbrio com tendência de queda sempre para o mesmo lado (lado acometido), nistagmo horizonto-torsional espontâneo e sem comprometimento auditivo. Geralmente, são casos em que o paciente se encontrará doente, com muitos sintomas autonômicos associados, como náuseas, vômitos, mal-estar e sudorese.

Síndrome de Ménière: A descrição da tríade hipoacusia, tinnitus(zumbido) e vertigem recorrente é clássica e integra a síndrome de Ménière . É uma condição rara com crises espontâneas e recorrentes de vertigem e perda auditiva (em geral, frequências baixas),

sensação de plenitude na orelha acometida e zumbido, sintomas que não necessariamente estão presentes ao mesmo tempo no paciente. Tanto as causas quanto a fisiopatologia da doença são incertas, o que dificulta o tratamento. As crises costumam ser fortes e com duração de 20 minutos. Em longo prazo, os pacientes costumam ter alívio das crises agudas de vertigem, persistindo com a perda auditiva e com uma sensação vaga de desequilíbrio.

Vertigem medicamentosa: dentre os fármacos que podem ser responsáveis por quadros vertiginosos estão os aminoglicosídeos (estreptomicina, gentamicina, amicacina), anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína, carbamazepina), furosemida, antidepressivos, anti-hipertensivos, quimioterápicos e metais pesados.

Cinetose: É uma vertigem benigna, com história bem delimitada pela exposição ao fator desencadeante, que é a hiperestimulação do sistema vestibular, ocasionada, em geral, por movimentação em viagens de carro, avião ou barco. *É um problema comumente autodiagnosticado pelo paciente e que deve ser reconhecido pelo médico de família, para, primeiramente, excluir outras possíveis causas do problema e orientar o paciente quanto aos cuidados em situações futuras.

VERTIGEM PAROXISTICA POSICIONAL BENIGNA (VPPB)	NEURITE VESTIBULAR	SD. DE MENIERE
Crises de curta duração <1 minuto	Vertigem prolongada (semanas)	Hipoacusia, zumbido e vertigem recorrente
Desencadeada por movimentos da cabeça Positiva a Manobra Dix-Hallpike	Associada a perda de equilíbrio para o lado acometido, nistagmo horizonto-torsional	Sensação de plenitude na orelha acometida e zumbido
Não há perda auditiva	Não há perda auditiva	Há perda auditiva (costuma persistir mesmo após a remissão da crise de vertigem)
Quadro autolimitado (semanas-meses)	Resolução completa em cerca de seis semanas	Crises costumam ser fortes e durar de 20 min

Fonte: Autores, 2021.

2.2. VESTIBULOPATIAS CENTRAIS

Na vertigem central, não há presença de hipoacusia ou tinnitus, porém pode estar associada a outros sintomas neurológicos, como ataxia, disartria, diplopia, perda de consciência, déficits focais sensitivos ou motores ou dos nervos cranianos, entre outros. A marcha está comprometida, sendo mais comum ocorrer retropulsão, apesar de a vertigem ser mais branda.

Enxaqueca – (migrânea vestibular): uma porção considerável de pacientes com migrânea e aura (~30%) experimentam sintomas de vertigem durante as crises. Tais sintomas podem tanto aparecer na fase da aura quanto persistir durante a fase da cefaleia, concomitantemente. As crises de vertigem variam de minutos a horas e, em geral, se associam a outros sintomas prodrômicos (foto e fonofobia). Na fase diagnóstica, deve-se afastar a possibilidade de vertigens com duração prolongada, como neurite vestibular ou síndrome de Ménière.

Insuficiência vertebro basilar: É um problema raro e relacionado de forma direta à doença aterosclerótica. Costuma ser mais comum em homens idosos. O papel do médico de família é muito importante na identificação desses casos. A apresentação clínica mais comum dos pacientes com insuficiência vertebrobasilar é diminuição do nível de consciência, hemiparesia ou quadriplegia assimétrica e sintomas pseudobulbares, como disartria, disfagia e disfonia.

3. CONDUTA

Anamnese: As características do episódio de tontura, como sua duração, início, frequência, gravidade, fatores agravantes e desencadeantes, além de sintomas acompanhantes, devem ser explorados. Uma vez reconhecida a queixa de tontura como sendo vertigem, o passo seguinte seria fazer o diagnóstico topográfico, ou seja, esclarecer se é uma vertigem periférica ou central a fim de se obter o diagnóstico da causa da vertigem. Pode ser esclarecedor questionar a presença de sintomas auditivos ou neurológicos concomitantes, história recente de infecção do trato respiratório superior ou infecção do ouvido, antecedente de trauma craniano ou cirurgia do ouvido, antecedente familiar de migrânea ou doença de Ménière, além do uso de medicações: aminoglicosídeos, anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos, hipnossedativos, anti-hipertensivos, diuréticos de alça (furosemida) ou drogas (álcool ou cocaína).

Geralmente a queixa pricipal do paciente com vertigem é a tontura.Desse ponto, é preciso investigar quais as causas mais comuns, qual o tempo de duração dos sintomas e quais fatores desencadeantes das crises.O segundo desafio é identificar quais pessoas se apresentam com uma causa benigna de tontura equais têm sinais de alerta para condições mais graves.

ANAMNESE: INVESTIGAR
TEMPO DE DURAÇÃO DOS SINTOMAS
FATORES DESENCADEANTES
SINTOMAS ASSOCIADOS
PERDA DE CONSCIÊNCIA
USO DE MEDICAMENTOS

Fonte: Autores, 2021.

Complementando...

*A duração do quadro menor do que 15 segundos e a vertigem desencadeada por mudança de decúbito lateral na cama eram fortes preditores de VPPB.

Exame físico: Exame neurológico é fundamental na busca de sinais de comprometimento do sistema nervoso central, com especial atenção para o oitavo par de nervos cranianos (que pressupõe a avaliação da acuidade auditiva e do nistagmo) e para sinais de disfunção cerebelar (como disdiadococinesia, dismetria, disartria e ataxia).

Nistagmo: É importante avaliar o nistagmo, a fim de diferenciar a causa da vertigem, entre periférica e central. Para sua avaliação, devem ser examinados os movimentos oculares em todas as direções, cerca de 45° para a direita e para a esquerda. A seguir, deve-se proceder à manobra de Dix-Hallpike, que pode ser o exame mais prestativo a ser realizado na pessoa com vertigem.

	VERTIGEM PERIFÉRICA	VERTIGEM CENTRAL
Nistagmo	Horizontal, rotatório ou misto. Fatigável Batimentos na mesma direção independentemente da posição do olhar. Inibido pela fixação do olhar em objetos.	Puramente vertical, horizontal ou em torção. Inesgotável Não inibido pela fixação do olhar em objetos. Pode mudar de posições mediante diferentes posições dos olhos
Náuseas e vômitos	Graves	Moderados
Instabilidade postural	Consegue andar, instabilidade unidirecional	Cai enquanto anda, instabilidade severa

Fonte: Autores, 2021.

Com relação ao nistagmo, nas lesões periféricas, costuma ser horizontal, rotatório ou misto. Costuma diminuir com o tempo, isto é, desaparece ao se fixar o olhar e não há mudança na direção do movimento durante a observação. O componente lento aponta o lado em que se encontra a lesão.

As características do nistagmo de origem central são: persistências por mais de 3 semanas; - mudança na direção do batimento tanto com o tempo como com a mudança na

direção do olhar; - batimentos em qualquer direção que não a horizontal; - nistagmo diferente em cada olho.

Teste de impulsão da cabeça: Bom teste para ser realizado em casos de neurite vestibular. O paciente deve ser posicionado sentado de frente para o examinador, que deve segurar a cabeça do paciente com ambas as mãos e movê-la lateralmente para ambos os lados em um ângulo de 35 a 45o, pedindo para que o paciente fixe o olhar entre os olhos do examinador. Após sentir que a sua cabeça está relaxada, o examinador impulsiona a sua cabeça para um dos lados, sendo que o resultado esperado é que o olhar do paciente não se desvie do ponto fixo. Caso o olhar do paciente seja desviado para o lado que a cabeça foi impulsionada, este será o lado acometido e o teste será considerado positivo para lesão do nervo vestibular, confirmando o quadro de neurite vestibular.

HINTS: HINTS é um acrônimo que designa três manobras de exame físico (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew/Teste de impulsão da cabeça, nistagmo e desvio de skew). Essas três manobras simples podem ser usadas para diferenciar uma vertigem periférica, em geral neurite vestibular, de uma causa central em pessoa com vertigem. Presença de um teste de impulsão normal (indicando sistema periférico íntegro). Nistagmo que mudava de direção ou o desvio de skew pode ser indicativo de AVC.

Manobra Dix-Hallpike: Tradicionalmente, a manobra de Dix-Hallpike tem sido empregada como exame definitivo para a VPPB. Contudo, apenas 75% dos pacientes com VPPB terão o exame resultando positivo. Maioria dos casos de VPPB pode ser facilmente diagnosticada a partir da anamnese, sem necessidade de confirmação por meio da manobra de Dix-Hallpike. A manobra será positiva caso os sintomas referidos pelo paciente sejam desencadeados durante o exame. Caso o paciente não tenha apresentado nenhum sintoma, após um minuto, volte o paciente à posição inicial do exame, lateralize sua cabeça para o lado oposto e repita a manobra. Caso a manobra seja positiva, você terá encontrado o lado acometido.

Exames complementares: Exames de imagem só devem ser solicitados na suspeita de vertigem de causa central.

Diagnostico diferencial

Síncope: é definida como a perda abrupta, completa e temporária da consciência, associada à impossibilidade de manter o tônus postural (queda), com remissão rápida e espontânea. Não deve ter sintomas clínicos associados com outras causas de perda da

consciência, como convulsão e trauma cranioencefálico. A síncope vasovagal é a mais comum de todas e geralmente relacionada, mesmo pelo paciente, a fatores estressores desencadeantes, como calor excessivo, dor e momentos de ansiedade (p. ex., ao realizar um procedimento médico). Em casos em que a história não esteja tão clara, pode ser o principal diagnóstico de exclusão, após investigadas outras causas de síncope. A hipotensão ortostática é também uma causa comum e está relacionada à queda brusca da pressão arterial (PA) ao levantar da posição deitada ou sentada e pode ser causada por uma combinação de fatores, como idade avançada, calor excessivo, desidratação, neuropatia autonômica, períodos prolongados deitado e medicamentos diversos.

Síndrome da hiperventilação (light headedness): a descrição que os pacientes fazem destes quadros é bastante vaga, como “sensação de cabeça vazia”, “como se meu corpo não estive ali”. Geralmente, a sensação dura alguns minutos e é acompanhada por sintomas físicos, como amortecimentos em face e extremidades, dor no peito, incômodo na barriga. A base fisiológica está na alcalose metabólica causada pela hipocapnia decorrente da hiperventilação. Isso leva a uma vasoconstrição das arteríolas e, consequentemente, a um hipofluxo cerebral.

Desequilíbrio: manifesta-se apenas durante a marcha, cessando quando o paciente encontra-se parado, sentado ou deitado. Pode ter como etiologias a neuropatia periférica, mielopatia, espasticidade, rigidez parkinsoniana e ataxia cerebelar. Quando o desequilíbrio se associa a déficits sensitivo-sensoriais múltiplos, como alterações visuais, auditivas ou diminuição da sensibilidade nos membros inferiores, é denominado déficit sensorial múltiplo, comum nos idosos.

Tratamento não farmacológico: O tratamento da VPPB deve ser feito por meio da manobra de reposição canalicular (MANOBRA DE EPLEY), que tem por objetivo mover os otólitos circulantes nos canais. Deve-se pedir autorização ao paciente para realizá-la. Explicar ao paciente sobre como a manobra será realizada, orientando que ela poderá causar os mesmos sintomas de vertigem no paciente (ele não pode ser pego de surpresa pela tontura). Posicionar o paciente sentado na maca, de forma que, ao deitá-lo, sua cabeça fique pendente para o lado de fora da maca. Posicionar-se atrás do paciente e lateralizar a cabeça dele a 45º para o lado acometido e estendê-la a 20º para trás. Depois de posicionada corretamente a cabeça, peça para que o paciente se deite na maca. Sustente sua cabeça para que o paciente não se machuque. Mantenha-o na posição de decúbito dorsal com a cabeça lateralizada a 45º

e estendida a 20º durante 1 minuto. Gire a cabeça do paciente para o lado oposto, mantendo-a lateralizada a 45o por 1 minuto. Continue o giro da cabeça para o mesmo sentido do passo anterior, agora girando todo o corpo do paciente, que deverá terminar a manobra em decúbito lateral, com a cabeça ainda lateralizada a 45o e fletida a 20o. O paciente estará nesta fase com a face voltada para o chão. Durante a manobra, é comum que o paciente se sinta tonto. Diga que será passageiro, orientando para que, caso aconteça, ele mantenha os olhos fechados, a fim de aliviar o mal-estar. Volte o paciente à posição inicial.

Tratamento farmacológico: O tratamento medicamentoso é mais efetivo para a vertigem aguda com duração de poucas horas a alguns dias. O tratamento farmacológico com sintomáticos nãoé necessário na VPPB devido ao curto tempo que duram as crises. A vertigem que dura muitos dias é sugestiva de lesão vestibular permanente (por exemplo, acidente vascular cerebral) e, nesse caso, as medicações devem ser interrompidas para permitir a compensação cerebral.

Em momentos de crise, podem ser usados medicamentos sedativos, com o intuito de aliviar os sintomas, porém alguns cuidados devem ser tomados. Medicamentos para supressão dos vômitos e antivertiginosos, como benzodiazepínicos, anticolinérgicos (escopolamina) e anti-histamínicos (cinarizina, flunarizina, dimenidrinato e prometazina), não devem ser dados por um período maior do que 3 dias, para evitar prejuízos à compensação central, importante para a resolução do quadro. A Ondasetrona é superior a metoclopramida. O uso crônico de antivertiginosos por pacientes com tonturas deve ser evitado. O primeiro problema encontrado é que a maioria dos casos de vertigem são condições benignas e que melhoram com o passar do tempo, devido à neuroadaptação natural do SNC. Contudo, essa neuroadaptação só ocorrerá se o paciente experienciar as crises de tontura que o acometem, no entanto os antivertiginosos são efetivos em suprimir os estímulos vestibulares, e a oportunidade da neuroadaptação fica comprometida.

Quando a vertigem aguda é acompanhada de náuseas ou vômitos, devem-se usar antieméticos, como a metoclopramida, o dimenidrato ou a clorpromazina. A via de administração dependerá da intensidade da sintomatologia do paciente. Nas manifestações vertiginosas graves, pode ser necessária a internação hospitalar para estabilização do quadro e reposição hídrica.

Para cinetose, o dimenidrinato 50 mg 30 min antes da viagem é uma opção segura e eficaz, inclusive para crianças, bem como a clorfeniramina.

A Betaistina 16 mg, em três doses diárias, consegue reduzir a frequência e a severidade das crises de alguns pacientes com doença de Ménière, sendo usada como profilaxia.

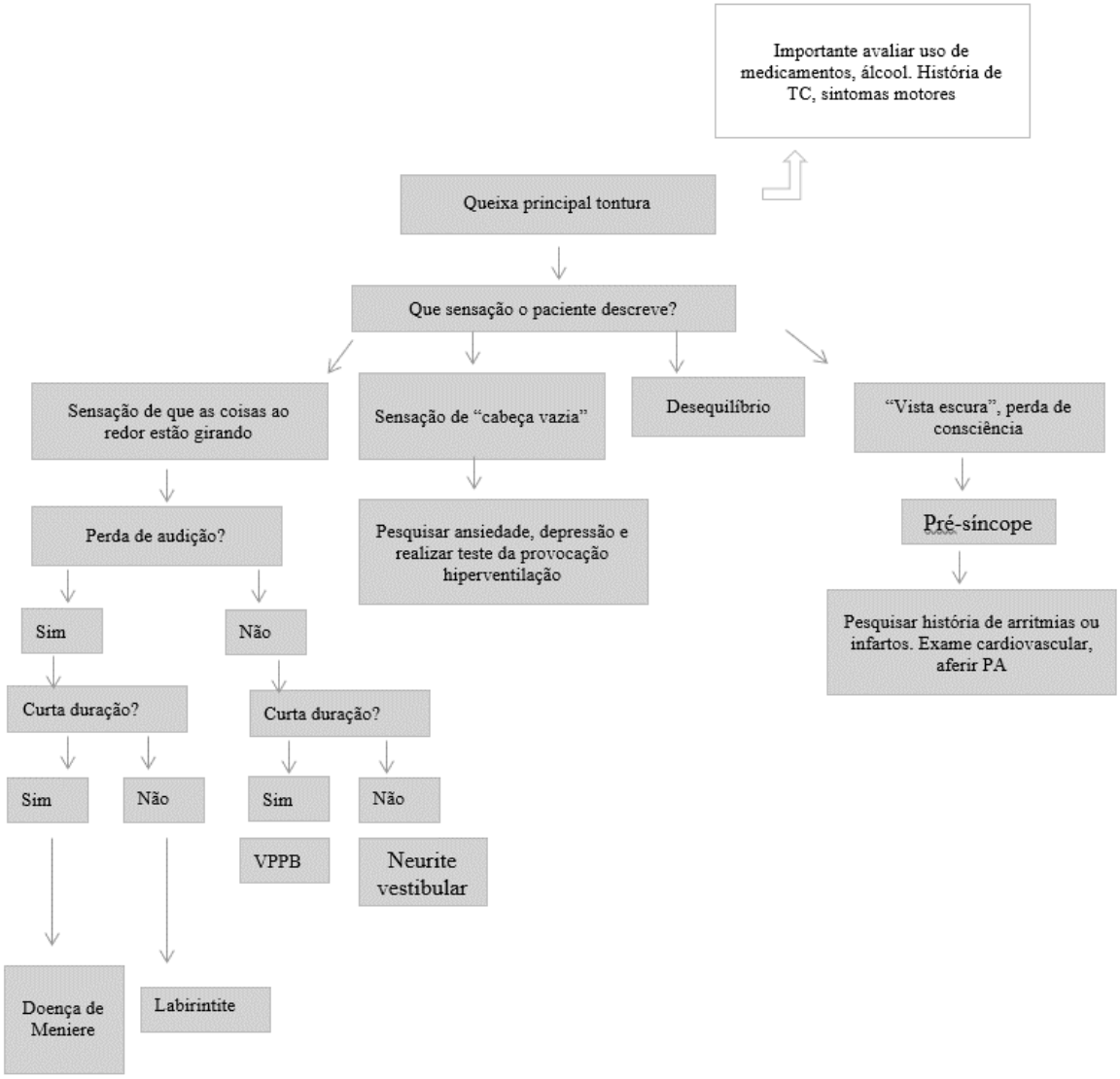
Tratamento farmacológico		
Anti-histamínico	Prometazina	
Benzodiazepínicos	Diazepam Clonazepam	2 a 10 mg por dia 0,5 mg à noite ou duas vezes ao dia
Antieméticos	Dimenidrato Metoclopramida Clorpromazina	

Fonte: Autores, 2021.

Se não houver controle dos sintomas, devem-se associar medicações de classes diferentes, jamais da mesma classe, evitando-se a polifarmácia. É importante lembrar que o uso abusivo de antivertiginosos pode, por si só, levar ao agravamento do sintoma.

Quando referenciar? Em geral, pacientes com tontura e perda auditiva devem ser referenciados ao otorrinolaringologista para avaliação e iniciar tratamento para doença de Ménière, por ser a doença mais incomum, com quadro, às vezes, sem uma definição clara. Na suspeita de causa central de tontura, como AVC, deve-se referenciar o paciente ao serviço de emergência.

FLUXOGRAMA



Fonte: autores (2021).

4. CASO CLÍNICO

M.R.T, natural e procedente de Fortaleza,Ceará,masculino, 55 anos, pardo,casado, católico e trabalha como pedreiro. Procurou o posto de saúde para consulta, relatando que está tonto e 'sente o mundo girar ao seu redor'. O problema surgiu há 1 mês. Nega náuseas, vômitos e zumbidos. Além disso, não teve perda de audiçao nem queixas de instabilidade postural. A tontura dura pouco tempo e geralmente ocorre ao levantar da cama, sentar ou levantar em cadeiras. A situação está atrapalhando- lhe bastante no desempenho do trabalho, pois isso acontece com certa frequência. É hipertenso e nega diabetes. Faz uso de Losartana 50 mg(1-0-0) e Hidroclorotiazida 25 mg (1-0-0) Etilista de final de semana e nega tabagismo.

Mora com a esposa apenas. Nega cirurgia anteriores. Exame fisico: BEG, orientado, eupneico, afebril, normocorado.AR: MV + , ausência de ruídos adventícios. ACV: RCR em 2T, bulhas normofonéticas, s/s. Manobra de Dix-Halpike +.

QUESTÕES

1) Em qual padrão de vertigem o paciente se enquadra?

a) Vestibulopatia central
b) Vertigem Paroxística Benigna Posicional
c) Neurite vestibular
d) Sd. De menière
e) Cinetose

2) Qual a conduta para o paciente em questão?

a) Prescrever antivertiginosos, pois já são comprovadamente eficazes em casos de vertigem.
b) Investigação familiar para rastrear casos de Sd. De Menière.
c) O caso em questão merece um refereciamento ao otorrinolaringologista para esclarever melhor a causa.
d) É importante orientar ao paciente que o quadro geralmente é autolimitado e , se necessario precrever algum antivertiginoso, desencorajar uso crônico.
e) Metoclopramida e Diazepam são recomendáveis nesse caso.

Gabarito: 1B, 2D.

REFERÊNCIAS

GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

BERTOL, Eduardo; RODRÍGUEZ, Carlos Arteaga. Da Tontura À Vertigem: Uma Proposta Para O Manejo Do Paciente Vertiginoso Na Atenção Primária. Juiz de fora- MG: Revista de APS-Atenção Primária a Saúde, 2008. p. 62-73. v. 11, n. 1

CAPÍTULO XX

INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-20

Autor(a): Antonio Luan Mesquita Fonseca
Coautores: Manoel Vieira do Nascimento Júnior
Paula Fernanda Patriolina Teixeira de Oliveira
Victor Carneiro de Souza
Orientador(a): Isadora Silva Melo

1. INTRODUÇÃO

A ITU (Infecção do Trato Urinário) corresponde à qualquer infecção localizada no extenso tecido urinário, seja ele, na pelve renal, bexiga, uretra e próstata. Segundo estudo brasileiro, é uma das principais causas de prescrição de antibióticos na atenção primária à saúde (APS), correspondendo a 13,3% das prescrições, ficando atrás apenas das infecções de vias aéreas superiores (IVAS) e amigdalites[1], evidenciando sua prevalência e sua importância quanto ao manejo.

A ITU ocorre quando a flora normal da área periuretral é substituída por bactérias uropatogênicas, que ascendem pelo trato urinário. A infecção ocorre devido a fatores ligados à virulência da bactéria e suscetibilidade do hospedeiro, que permitem melhor aderência e colonização dos micro-organismos. O principal patógeno envolvido na ITU em mulheres é a E. coli, que é responsável por cerca de 80% de todos os episódios de infecção[2].

É classificada anatomicamente como ‘‘alta’’ quando acomete rins e ‘‘baixa’’ quando envolve a bexiga. É ainda classificada como complicada e não complicada. Define-se ITU complicada cujo paciente possui fatores de risco como: diabetes, gravidez, presença de sonda vesical de demora, procedimento ou instrumentação cirúrgica recente no trato urinário, disfunções anatômicas, história de ITU na infância. Denomina-se ITU não complicada quando ocorre em paciente jovem na ausência de anomalias estruturais e funcionais.

O desenvolvimento atual de resistência bacteriana é alarmante e as taxas de resistência estão relacionadas aos antibióticos utilizados nos diferentes países. É preocupante o aumento da resistência para antibióticos de amplo espectro. Portanto, é essencial limitar o

uso de antibióticos em geral, em particular as fluoroquinolonas e cefalosporinas, especialmente em infecções não complicadas e bacteriúria assintomática[3].

2. QUADRO CLÍNICO

A presença das queixas de disúria e de polaciúria, associadas à ausência de corrimento vaginal aumenta em 24 vezes a chance de ITU em relação às mulheres sem essas características, elevando a probabilidade de ITU para 96%[4]. O relato de corrimento ou irritação vaginal, sintomas com maior poder diagnóstico (neste caso, negativo) de ITU em mulheres, reduz a probabilidade de ITU para 23%[4]. As IST 's(Infecção Sexualmente Trasnmissível) podem apresentar sintomas semelhantes e devem ser consideradas como diagnóstico diferencial. Nas mulheres, suspeita-se de IST quando os sintomas têm duração de mais de 7 dias ou história de troca recente de parceiro[5].

A presença de febre, calafrios, prostração e dor lombar (por inflamação do parênquima renal) sugere pielonefrite. Os sintomas em geral se desenvolvem rapidamente e podem incluir náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia.

O exame físico, na cistite, costuma apontar apenas para uma dor suprapúbica e periuretral. A avaliação de dor à percussão do ângulo costovertebral (manobra de Giordano) e a aferição da temperatura axilar são imprescindíveis na suspeita de pielonefrite[5].

Em mulheres com queixa de corrimento, é necessário realizar exame ginecológico para avaliar presença de vaginose bacteriana, candidíase, ISTs, DIP (Doença Inflamatória Pélvica) ou gravidez. Na ausência de corrimento uretral perceptível, é difícil fazer a diferenciação entre uretrite e cistite[6].

3. DIAGNÓSTICO

Em mulheres adultas com alta probabilidade de cistite não complicada, deve-se considerar tratamento empírico, sem a necessidade de solicitação de exame complementar[4]. Em uma anamnese que aponte para probabilidade intermediária de ITU não complicada o exame da urina com fita reagente pode ser utilizado para reclassificar essa probabilidade. O exame é considerado positivo quando há presença de esterases leucocitárias (ELs) ou nitritos, combinação que mostrou a maior sensibilidade (82%) e razoável especificidade (80%), e

negativo na ausência de ambos, combinação com a menor razão de probabilidades negativa (0,22)[7].

A presença de corrimento vaginal reduz, como mencionado anteriormente, a hipótese diagnóstica de ITU. O exame microscópico direto da secreção pode confirmar diagnósticos como vaginose bacteriana, candidíase ou tricomoníase, podendo ser realizado durante a consulta[5].

Para o restante dos adultos com suspeita de ITU (mulheres com suspeita de ITU complicada ou pielonefrite), deve-se sempre solicitar a urocultura[4]. A urocultura é o exame que pode confirmar ou descartar o diagnóstico de ITU e ainda avaliar a sensibilidade bacteriana caso seja necessária a troca de medicamento[5].

A infecção urinária é caracterizada pelo crescimento bacteriano de pelo menos 10^5 unidades formadoras de colônias por ml de urina (100.000 ufc/ml) colhida em jato médio e de maneira asséptica. Em determinadas circunstâncias (paciente idoso, infecção crônica e uso de antimicrobianos) pode ser valorizado crescimento bacteriano igual ou acima de 10^4 colônias (10.000 ufc/ml)[10] [8]. Entretanto, em mulheres com sintomas de ITU e piúria (mais de 10 mil leucócitos por mL de urina não centrifugada ou 2 a 5 leucócitos por campo em sedimento centrifugado)[16], mais de 10^2 UFCs/mL já são indicativos de ITU (quantidade que vale também para urina coletada por cateter vesical)[9]

A definição de bacteriúria assintomática para homens sem uso de cateter vesical corresponde ao isolamento bacteriano quantitativo de uma única amostra de urina, colhida de forma adequada, com contagem de unidades formadoras de colônias (UFC) $\geq 10^5$ /ml, num contexto assintomático. No caso de uso de cateter vesical, o isolamento de uma única amostra com valores $\geq 10^2$ UFC/ml define bacteriúria assintomática. Para mulheres, são necessárias duas amostras de urinas com isolamento bacteriano $\geq 10^5$ UFC/ml [10].

Exames de imagem não costumam apresentar informações que acrescentem o diagnóstico de ITU. Porém podem ser úteis para a exclusão de diagnósticos diferenciais, como colecistite, hiperplasia prostática, pneumonia de lobo inferior e, eventualmente, prostatite ou apendicite, ou ainda quando se suspeita de complicações ou fatores predisponentes para ITUs de repetição como alterações anatômicas e funcionais do trato urinário[5].

4. TRATAMENTO

O tratamento empírico é definido com base na eficácia clínica e sensibilidade da E. coli, agente responsável pela maioria dos casos de infecção urinária em pacientes ambulatoriais. Levando em consideração estes aspectos, o fármaco de escolha para o tratamento empírico da ITU não complicada em mulheres é a nitrofurantoína. Ela pode ser usada na dose de 100mg de 6/6h durante 7 dias[11]. Alternativa a esta são as fosfamicina e pivmecilinam, em locais em que estão disponíveis[5]. A fosfomicina, na dose de 3g, por via oral, é a droga mais recomendada em dose única para o tratamento de ITU não-complicada em mulheres[11].

A presença de contraindicações para nitrofurantoína e em caso onde fosfomicina e pivmecilinam estejam indisponíveis, a escolha do tratamento deve ser baseada pelo padrão de resistência local. O tratamento por três dias com norfloxacino, ciprofloxacino, lomefloxacino ou levofloxacino são opções adequadas para o tratamento da ITU não-complicada da mulher jovem[11].

A ampicilina e outros β lactâmicos (amoxicilina, cefalexina, cefalotina, entre outros) não devem ser utilizados no tratamento da cistite quando o perfil de sensibilidade antimicrobiana não for conhecido, em virtude da elevada resistência bacteriana, que chega a 20%. Porém, nas infecções por enterococos, estreptococos β hemolíticos do grupo B e durante a gravidez, a ampicilina, a cefalexina, a amoxicilina e a amoxicilina com clavulanato podem ser opções terapêuticas[12].

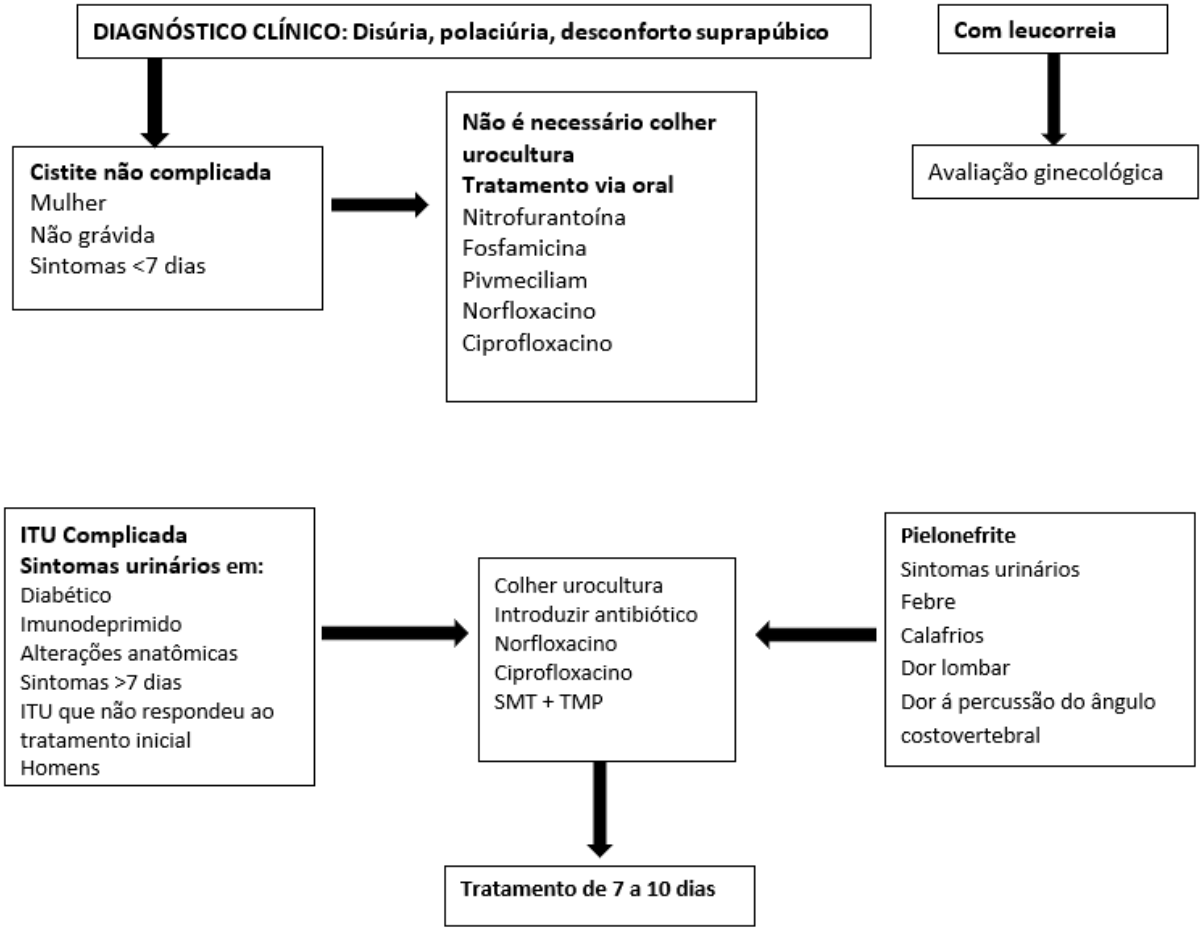
Em homens, o tratamento para cistite não deve ser realizado com nitrofurantoína ou beta-lactâmicos, uma vez que estes não atingem adequada concentração tecidual para eventual prostatite oculta associada, nem com fosfomicina, onde os dados são limitados. O tratamento empírico para cistite em homens deve ser realizado conforme o padrão de resistência local, com SMX TMP(Sulfametoxazol + Trimetoprima) ou quinolonas como opções para o tratamento oral[13].

O tratamento de bacteriúria assintomática é recomendado somente nas seguintes situações: ressecção transuretral de próstata; qualquer procedimento urológico que envolva risco de sangramento de mucosa urogenital; bacteriúria em mulheres com cateter vesical que persiste após 48 horas da remoção do mesmo e na gestante. De forma geral, a duração do tratamento nessas situações deve ser de três a sete dias.

Na pielonefrite, o tratamento por 7 a 14 dias é suficiente, sem diferença em eficácia clínica, bacteriológica ou recidiva com terapêutica por período maior[15].

Em mulheres com ITUs recorrentes, a profilaxia antimicrobiana reduz a recorrência clínica. Essa profilaxia pode ser contínua ou, nos casos de ITU associada à relação sexual, pós-coital[16]. Deve ser realizada por 6 a 12 meses, com reavaliação de sua manutenção. O antimicrobiano a ser utilizado para a profilaxia deve ser escolhido conforme a susceptibilidade do indivíduo e só deve ser iniciado após a erradicação da infecção urinária comprovada por urocultura. Pode ser utilizada a Nitrofurantoína 50/100mg por dia, Fosfomicina trometamol 3g a cada 10 dias, SMX-TMP 40-200mg 3 vezes por semana, Cefalexina 125-250mg sendo esta última recomendada apenas para gestantes no intuito de evitar resistência bacteriana.

FLUXOGRAMA



Fonte: Adaptado: FAMEMA. ITU. Disponível em: https://famema.br/uec/DiretrizITU.pdf. Acesso em 28 de mai. De 2021.

QUESTÕES

1) **2020 URFJ: Mulher, 37 anos, com quatro episódios de cistite no último ano, todos tratados com sucesso com norfloxacino por três dias. Última menstruação há dez dias. No momento está assintomática e refere que os episódios da infecção a limitam muito em suas atividades. Para realizar antibioticoprofilaxia para infecção urinária nesta paciente, o fármaco melhor indicado é:**
    a) rifampicina
    b) fosfomicina
    c) nitrofurantoina
    d) claritromicina
2) **2020 AMRIGS: Qual é o patógeno mais comumente responsável por infecção do trato urinário em meninas adolescentes?**
    a) Gardnerella vaginalis.
    b) Staphylococcus saprophyticus.
    c) Escherichia coli.
    d) Moraxella catarrhalis.
3) **2020 FMC: Dona Vânia, 75 anos, foi ao seu médico levando um exame de cultura de urina que se mostra positivo para Escherichia coli (200.000 colônias). Dona Vânia não apresentava nenhum sintoma urinário e ou sistêmico. O médico, então, prescreveu Ciprofloxacino 500 mg de 12/12 h. Interrogado sobre como fez a coleta da urina foi constatado que a mesma foi colhida de forma apropriada. Com base no relato acima marque a alternativa correta:**
    a) Como a contagem de colônias foi acima de 200.000 a prescrição do antibiótico está correta.
    b) Cultura positiva, sem sintomas, como no caso acima não tem indicação de tratamento.
    c) Deveria ter solicitado um exame de EAS.
    d) No caso acima deveria ter usado Sulfametoxazol no lugar do Ciprofloxacino.
    e) Mesmo sem sintomas a urinocultura positiva sempre deve ser tratada pelo risco do comprometimento cognitivo que poderá ocorrer.

GABARITO: 1C, 2C, 3B.

REFERÊNCIAS

ALBERT, X.; HUERTAS, I.; PEREIRO, I.; SANFÉLIX, J.; GOSALBES, V.; PERROTTA, C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. [S.L.]: [s.n.], 2004.

BENT, S; NALLAMOTHU, B.K.; SIMEL, D.L.; FIHN, S.D.; SAINT, S. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? [S.L]: Jama, 2002.

BOYD, J.C.; LOWES, A.J.; PRICE C.P. The use of urinary dipstick tests to exclude urinary tract infection: a systematic review of the literature. [S.L.]: [s.n.], 2006. P.428-436.

GRABE, M.; BARTOLETTI, R.; BJERKLUND-JOHANSEN, T.E.; CAI, T.; ÇEK M.; et al. Guidelines on urological infections. Barcelona-ES: European Association of Urology, 2015.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Orgs.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HADDAD, J.M.; FERNANDES, D.A. Infecção do trato urinário. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018.

HOOTON, T.M.; WINTER, C.; TIU, F.; STAMM, W.E. Randomized comparative trial and cost analysis of 3-day antimicrobial regimens for treatment of acute cystitis in women. [S.L]: Jama, 1995.

KUNIN, C.M.; WHITE, L.V.; HUA, T.H. A reassessment of the importance of “low-count” bacteriuria in young women with acute urinary symptoms. [S.L.]: Ann Intern Med, 1993. P. 454-460.

KYRIAKIDOU, K.G.; RAFAILIDIS, P.; MATTHAIOU, D.K.; ATHANASIOU, S.; FALAGAS, M.E. Short- versus long-course antibiotic therapy for acute pyelonephritis in adolescents and adults: a meta-analysis of randomized

NICOLLE, L.E; BRADLEY, S.; COLGAN, R.; RICE, J.C. et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. [S.L]: Clin Infect Dis, 2005.

ORENSTEIN; R.; WONG E.S. Urinary tract infections in adults. [S.L]: [s.n], 1999.

OSTERBERG, E.; ASPEVALL O.; GRILLNER, L.; PERSSON, E. Young women with symptoms of urinary tract infection: prevalence and diagnosis of chlamydial infection and evaluation of rapid screening of bacteriuria. [S.L]: [s.n], 2009. Disponível em: < https://doi.org/10.3109/02813439608997067> Acesso em: 07.06.2021.

TAVARES, N.U.; BERTOLDI, A.D.; MUCCILLO-BAISCH A.L. Antimicrobial prescription in family health units in Southern Brazil. [S.L]: [s.n], 2008.

CAPÍTULO XXI

AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-21

Autor(a): Ivna Vasconcelos de Oliveira
Coautores: João Matheus Girão Uchôa
Manoel Vieira do Nascimento Júnior
Victor Carneiro de Souza
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO

Com o gradativo aumento da população idosa brasileira, torna-se urgente a capacitação dos profissionais da saúde para uma adequada abordagem desse grupo etário na Atenção Básica. Acerca disso, o médico deve buscar a redução da morbimortalidade, a manutenção da independência funcional do idoso e a garantia da qualidade de vida. Nesse contexto, é essencial entender a complexidade do processo de adoecimento dos idosos, que dificilmente apresentam apenas uma condição clínica isolada, e a diferença entre mudanças fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e alterações patológicas.

Diante disso, percebeu-se a necessidade de desenvolver uma ferramenta capaz de direcionar a conduta do profissional da saúde na Atenção Primária durante a abordagem de um paciente idoso, o chamado instrumento de avaliação multidimensional do idoso. Tal ferramenta pode ser utilizada de forma complementar durante a consulta médica e avalia, de modo bastante simples, fatores que estão relacionados a agravos frequentes e incapacitantes, de grande repercussão funcional. Os componentes avaliados são visão, audição, função dos membros superiores e inferiores, estado mental, risco de queda, avaliação funcional, presença de incontinência urinária, estado nutricional e suporte social. Cada um desses fatores serão abordado individualmente no decorrer deste capítulo.

1.1. VISÃO

Com o envelhecimento, ocorrerão alterações fisiológicas na visão devido às modificações nas lentes oculares e no campo visual e ao aparecimento de doenças de retina.

Desse modo, para verificar a acuidade visual do idoso, o profissional pode questionar se o paciente consegue realizar adequadamente algumas atividades do cotidiano que exigem o uso desse sentido, como ler e assistir televisão. Caso a resposta for negativa, o médico pode utilizar a Tabela de Snellen ou o Cartão de Rosenbaum para verificar a visão do idoso.

Se optar pelo uso da Tabela de Snellen, o profissional da saúde deve mantê-la à distância de cerca de 6 metros para verificar a acuidade visual para longe. Já no caso do Cartão de Rosenbaum ou de Jaeger, deve-se manter a ferramenta a uma distância de 35cm. Vale ressaltar que cada olho deve ser testado individualmente antes de ser avaliado em conjunto e que os pacientes que utilizam lentes corretivas devem mantê-las durante o teste.

Se o paciente conseguir ler até a linha 20/40, pode-se concluir que não apresenta disfunções visuais, no entanto, caso apresentar alterações, deve ser encaminhado ao oftalmologista.

1.2. AUDIÇÃO

A disfunção auditiva mais frequente é a presbiacusia, que é a perda progressiva da audição de alta frequência. Apesar de ser comum, tal condição, assim como outras alterações, podem não ser percebidas pelo idoso, dificultando a abordagem médica. Por isso, um teste que pode ser realizado durante o atendimento de um paciente idoso na Atenção Primária é o Teste do Sussurro.

Para executar esse teste, o profissional deve manter-se fora do campo visual do idoso e a uma distância de cerca de 33cm e deve sussurrar alguma pergunta em cada ouvido do paciente, como “Em qual cidade você mora?”.

Outros questionamentos que podem ser levantados durante a consulta médica são:

- Entende o que as pessoas falam durante interações sociais?
- É necessário que as pessoas repitam o que foi falado?
- Costuma falar muito alto?
- Evita conversar, preferindo ficar sozinho?
- Entende o que é falado no rádio ou na televisão?
- Percebe algum tipo de barulho no ouvido ou na cabeça, como zumbidos?

Caso não receba resposta para a pergunta realizada, o médico deve examinar o conduto auditivo do paciente para verificar se há algum obstáculo que possa interferir na

acuidade auditiva, como cerume. Se não houver obstáculos, o paciente deve ser encaminhado a um ambulatório especializado para a realização de audiometria.

1.3. FUNÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

As alterações das funções dos membros superiores podem provocar dor crônica, redução da força e da resistência muscular e comprometimento da realização de algumas atividades, como se vestir e dirigir. Desse modo, a fim de verificar a funcionalidade dessas partes do corpo, o profissional de saúde deve solicitar que o idoso coloque as mãos na nuca, analisando se o paciente sente alguma dor ou desconforto durante a tarefa e se consegue realizá-la completamente. Além disso, o médico deve observar a capacidade do idoso de executar o movimento de pinça mediante o manuseio de objetos, como canetas, pelo paciente.

Já as alterações das funções dos membros inferiores estão associadas a um risco aumentado de quedas, sendo, portanto, importante que o profissional de saúde busque informações detalhadas sobre essas situações de queda, com o objetivo de descobrir alguma possível disfunção nos membros inferiores que possa explicar o ocorrido. Também pode ser executado o teste Timed Up and Go, que será descrito no tópico de quedas.

Nos casos de alterações das funções dos membros superiores e/ou inferiores, deve-se realizar uma avaliação neurológica e, caso for necessário, recomendar a realização de fisioterapia.

1.4. ESTADO MENTAL

Ao avaliar o estado mental do idoso, o profissional deve-se atentar para dois indicadores de alteração cognitiva, que são a perda de memória recente e a perda da habilidade de cálculo. No primeiro caso, o profissional pode realizar o teste de memória recente, que consiste em solicitar ao paciente que fale três objetos imediatamente e pedir para que relembre os três objetos três minutos depois. Outro teste utilizado para avaliar o estado mental é o Teste do Relógio, que consiste em solicitar ao idoso que desenhe um relógio, colocando as horas e os minutos e, em seguida, o profissional pede que o paciente coloque os ponteiros marcando a hora que ele falar no momento. Esse teste é bastante útil para verificar se o indivíduo apresenta alguma possível lesão cerebral.

Ainda sobre a avaliação da cognição, um teste extremamente importante é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) - que pode ser visto no Capítulo 22, de Síndromes

demenciais -, pois, apesar de não servir para diagnóstico, demonstra quais funções cognitivas devem ser melhores investigadas, já que é um teste rápido e avalia vários fatores diferentes, como a orientação temporal, orientação espacial, a compreensão, a habilidade de cálculo, entre outras coisas. A pontuação máxima no teste é de 30 pontos e espera-se que uma pessoa analfabeta atinja mais de 19 pontos, que um indivíduo com até 3 anos de escolaridade atinja mais de 23 pontos, que alguém com 4 a 7 anos de escolaridade atinja mais de 24 pontos e que uma pessoa com mais de 7 anos de escolaridade alcance mais de 28 pontos. Se o desempenho do paciente não for bom, ele deve ser encaminhado para a realização de uma avaliação neuropsicológica específica.

Vale citar também o teste de fluência verbal por categorias semânticas, que consiste em pedir ao paciente que fale o máximo de animais que se lembrar em um minuto, com o intuito de analisar o declínio cognitivo. Acerca disso, levando-se em consideração que tal teste apresenta um resultado esperado de 14 ou 15 animais, percebeu-se que pessoas com demência costumam apresentar pontuação baixa e interromper o teste após 20 segundos, já pacientes deprimidos tendem a alcançar resultados baixos, mas utilizam todo o tempo do teste. Nesse contexto, quando o paciente apresenta uma pontuação muito baixa e obtém resultados ruins em outros testes cognitivos, o médico deve encaminhá-lo para realizar uma avaliação neuropsicológica específica.

O questionário de Pfeffer é outro instrumento que pode ser utilizado, sendo composto por 11 questões que devem ser respondidas pelo cuidador ou pelo acompanhante do idoso, o qual irá informar se o paciente consegue realizar determinadas atividades sozinho. O resultado máximo do teste é de 33 pontos e considera-se que, quanto maior a pontuação, maior é a dependência desse idoso. Se o paciente apresenta uma pontuação igual ou acima de seis e obtém resultados ruins em outros testes cognitivos, é recomendado o seu encaminhamento para realizar uma avaliação neuropsicológica específica. É importante ressaltar que a combinação desse questionário com o MEEM é eficaz para verificar a gravidade do declínio cognitivo.

Por fim, existe a Escala de Depressão Geriátrica, a qual é um questionário que apresenta diversas versões, podendo ser escolhida a que é composta por 15 perguntas sobre como o idoso tem se sentido durante a última semana. Apesar de auxiliar na identificação de depressão em idosos, esse teste não substitui a avaliação diagnóstica promovida por profissionais especializados em saúde mental. Pacientes que atingem acima de 5 pontos são

classificados com depressão de significância clínica, sendo os que alcançam 11 a 15 pontos categorizados com depressão severa, o que indica a necessidade de encaminhamento para realizar avaliação neuropsicológica específica.

Quadro 1: Escala de Depressão Geriátrica

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1. Você está satisfeito(a) com a sua vida?	0	1
2. Você interrompeu muitos de seus interesses e atividades?	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se aborrece com frequência?	1	0
5. Você se sente com bom humor na maior parte do tempo?	0	1
6. Você teme que algo ruim lhe aconteça?	1	0
7. Você se sente feliz na maior parte do tempo?	0	1
8. Você sente que a sua situação não tem saída?	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Você acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	1	0
11. Você acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	0	1
12. Você se sente inútil?	1	0
13. Você se sente cheio(a) de energia?	0	1
14. Você se sente sem esperança?	1	0
15. Você acha que os outros estão melhores que você?	1	0
TOTAL	__/15	

Fonte: Adaptada de: Yesavage et al., 1983; Almeida e Almeida, 1999.

1.5. RISCO DE QUEDA

Ao avaliar o risco de queda, o profissional de saúde deve verificar a marcha e o equilíbrio do idoso, pois alterações nesses dois componentes elevam o potencial de queda. Durante as consultas médicas, é importante que seja questionado se o paciente sofreu algum caso recente de queda, a frequência em que esses acidentes ocorrem e as particularidades dessas situações, pois muitos idosos não costumam relatar esses acontecimentos por conta própria. Além disso, deve-se verificar se o paciente está utilizando algum medicamento que possa favorecer a ocorrência de quedas. Existem alguns fatores de risco que devem ser considerados ao avaliar o risco de quedas, que são:

- Episódios anteriores de queda
- Condições ambientais inadequadas
- Idoso com mais de 80 anos
- Sexo feminino
- Fraqueza muscular em membros inferiores.
- Osteoartrose

- Episódio anterior de acidente vascular cerebral
- Déficit cognitivo
- Alterações no equilíbrio
- Hipotensão ortostática.
- Anemias
- Tontura
- Uso de psicotrópicos.

As principais consequências ocasionadas por quedas são lesões e fraturas, hematoma subdural, institucionalização, imobilidade e restrição prolongada ao leito, risco de iatrogenia, incapacidade e morte.

Os testes utilizados para verificar o equilíbrio, a marcha e a suscetibilidade a quedas são o teste Timed Up and Go e a escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti, conhecida nacionalmente como POMA-Brasil. No primeiro teste, o paciente deve levantar-se da cadeira, andar 3 metros ou dar 10 passos, virar-se e voltar à cadeira para sentar novamente. Caso o paciente demore mais de 30 segundos para concluir o teste, apresente problemas de marcha ou demonstre alterações no equilíbrio, o médico deve inferir risco aumentado de quedas. Já o segundo teste é um questionário com 16 perguntas com pontuação máxima de 28 pontos, em que o problema é mais grave à medida que a pontuação diminui. Nesse caso, pontuações abaixo de 19 indicam risco cinco vezes maior de ocorrência de quedas. Caso o paciente apresente resultado muito ruim, pode-se indicar uma avaliação fisioterápica ou a realização de programa de reabilitação.

Algumas medidas para reduzir a ocorrência de quedas são:

- Incentivar o autocuidado.
- Se necessário, estimular o uso de instrumentos de auxílio à marcha, como bengalas.
- Orientar o uso adequado de medicamentos.
- Promover a adaptação do ambiente, verificando a iluminação, a presença de pisos antiderrapantes, a presença de prateleiras ao alcance do idoso, entre outros fatores.

1.6. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Ao discutir a avaliação funcional, é essencial conhecer alguns conceitos básicos como desempenho, capacidade funcional, autonomia e independência. O desempenho está relacionado ao que o idoso faz no seu cotidiano, já a capacidade funcional verifica o potencial do idoso de realizar algo, mesmo que ele não esteja executando a ação naquele momento da avaliação. A autonomia é a liberdade que o idoso possui para agir e tomar decisões e a independência é a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de alguém. É essencial entender que um idoso dependente não necessariamente é um idoso sem autonomia.

A realização da avaliação funcional do idoso é essencial para verificar o nível de independência do paciente e observar se o indivíduo apresenta a necessidade de um maior suporte social ou se apresenta condições clínicas que são reversíveis.

Para promover essa avaliação, são utilizadas duas escalas, a escala de Katz, presente no quadro 2, e a escala de Lawton e Brody. A primeira é direcionada para avaliar a capacidade do idoso em executar as atividades de vida diária, que são aquelas relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se, vestir-se e banhar-se. Já a segunda escala foca nas atividades instrumentais da vida diária, que são aquelas relacionadas à participação e à independência do idoso na comunidade, como realizar compras, utilizar telefone e controlar o uso de suas finanças. Para os idosos mais dependentes, é necessário estabelecer um programa terapêutico específico.

Quadro 2: Escala de Katz

Banhar-se
( ) Não recebe assistência – entra e sai do banheira sozinho, se essa é a forma comumente utilizada. ( ) Recebe assistência para lavar somente uma região do corpo, como costas ou pernas. ( ) Recebe assistência para lavar mais de uma região do corpo ou não toma banho sozinho.
Vestir-se
( ) Pega a roupa e veste-se totalmente sem assistência. ( ) Pega a roupa e veste-se sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. ( ) Recebe assistência para pegar a roupa ou vestir-se, ou permanece parcial ou totalmente sem roupa.
Ir ao banheiro
( ) Vai ao banheiro, higieniza-se e ajeita as vestimentas sem assistência – pode utilizar objetos de apoio, como bengalas, andador ou cadeira de rodas, e pode usar comadre ou urinol durante a noite, esvaziando-o de manhã. ( ) Recebe assistência para ir ao banheiro, para se higienizar, para ajeitar as vestimentas ou para usar a comadre ou o urinol à noite. ( ) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.

Transferência
( ) Deita-se/senta-se e sai da cama ou da cadeira sem assistência – pode utilizar um objeto de apoio, como bengala ou andador. ( ) Deita-se/senta-se e sai da cama ou da cadeira com assistência. ( ) Não sai da cama.
Continência
( ) Controla totalmente a micção e a evacuação. ( ) Tem perdas urinárias ou fecais ocasionais. ( ) Precisa de assistência para controlar urina e fezes, usa cateter ou é incontinente.
Alimentação
( ) Alimenta-se sem receber assistência. ( ) Alimenta-se sem receber assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. ( ) Recebe assistência para alimentar-se ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos.

Fonte: Adaptado de: Katz et.al, 1963.

1.7. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Ao investigar se o idoso apresenta incontinência urinária, é importante que o profissional de saúde pergunte ao paciente se alguma vez ele já perdeu urina ou se sentiu molhado. Se a resposta for positiva, o médico deve analisar se o idoso apresenta alguma etiologia reversível para a ocorrência desse problema, como delírio, infecção e imobilidade.

No quadro 3, estão listadas algumas perguntas que podem auxiliar a investigação acerca da incontinência urinária.

Quadro 3: Perguntas para auxiliar a investigação de incontinência urinária

- Como ocorre a perda urinária (descreva o problema)?
- Quando ocorre?
- Há quanto tempo ocorre?
- Quando esta condição se tornou um problema?
- Quantas vezes ela ocorre ao dia?
- Há consciência da necessidade de urinar antes do escape?
- Há imediatamente consciência de que está se urinando?
- Fica molhado a maior parte do dia?
- Usa fraldas ou outros absorventes para evitar acidentes? Se sim, ocasionalmente ou o tempo todo?
- Evita situações sociais por causa dessa problema?
- Há uma infecção do trato urinário agora? Há antecedentes?
- É mais difícil controlar a urina ao tossir, se esforçar, espirrar ou rir?
- É mais difícil controlar a urina quando se está correndo, pulando ou caminhando?
- A incontinência é pior ao se ficar sentado ou parado?
- Apresenta obstipação intestinal?
- Há algo que se possa fazer para reduzir ou evitar os acidentes?
- Já foi tratado para essa condição antes? Se sim, com sucesso?
- Tentou fazer exercícios do assoalho pélvico (Kegel)? Se sim, com sucesso?
- Que cirurgias já realizou? Que lesões teve?
- Que medicamentos usa?
- Costuma tomar café? Quanto?
- Ingere bebidas alcoólicas? Quanto? Com que frequência?

- Fuma? Quantos cigarros ao dia?
- Há outros sintomas presentes?

Fonte: Adaptado de: Brasil, 2006.

1.8. ESTADO NUTRICIONAL

O profissional de saúde deve estar bastante atento para possíveis alterações no estado nutricional do idoso, pois a perda de peso significativa está associada a uma maior morbimortalidade, comprometimento da capacidade funcional e da independência do idoso, aumento da frequência e da duração de internações hospitalares, risco aumentado de fraturas e complicações hospitalares, piora da qualidade de vida e aumento da admissão em instituições de longa permanência. Nesse contexto, deve-se considerar a perda de peso como significativa quando ocorrer uma redução de 5% em um mês, de 5 a 7% em três meses ou de 10% em seis meses.

Para verificar o estado nutricional do idoso, o médico deve realizar a avaliação antropométrica, já que é um exame rápido, simples e de baixo custo. Além disso, ele pode utilizar a versão reduzida da Mini Avaliação Nutricional, que é um questionário bastante útil para avaliar o risco de desnutrição do paciente. Por fim, o profissional de saúde também pode verificar a circunferência da panturrilha para analisar se houve redução da massa muscular do idoso. Diante de alterações no peso, o médico deve encaminhar o paciente a um nutricionista.

1.9. SUPORTE SOCIAL

É extremamente importante que o idoso esteja inserido em uma rede social benéfica, pois esse fator é essencial para um adequado envelhecimento e para a garantia de bem-estar do paciente. Nesse contexto, o médico deve investigar o suporte social que o paciente possui e o tipo de apoio que ele recebe no quesito de cuidados à saúde, verificando as interações intrafamiliares e extrafamiliares, a fim de perceber possíveis disfunções nessas relações e identificar previamente casos de violência. Além disso, é interessante que o profissional colete, como medida de prevenção, o nome, o endereço e o número dos responsáveis pelo idoso para o caso de ocorrer alguma emergência.

Algumas ferramentas que podem ser utilizadas para coletar informações sobre a rede de apoio do idoso são o APGAR familiar e o Ecomapa. O primeiro instrumento é um questionário com cinco perguntas que avaliam a adaptação, o companheirismo, o desenvolvimento, a afetividade e a capacidade resolutiva relacionadas à família do paciente. Com isso, tal ferramenta, por meio de uma pontuação de 0 a 10, permite a investigação de

disfunções familiares, em que altas pontuações demonstram um bom funcionamento da família. Já o Ecomapa é um instrumento avaliativo que busca esclarecer os tipos de vínculos que os pacientes possuem com familiares e com o meio externo, facilitando a identificação de relações que devem ser alteradas e de intervenções que devem ser feitas na rede de apoio. Em conclusão, tais métodos avaliativos auxiliam a detecção precoce de problemas na estrutura familiar e social em que o idoso se encontra e possibilita o planejamento adequado para o reestabelecimento de um equilíbrio.

Outro fator importante que deve ser considerado ao avaliar a qualidade de suporte que o paciente recebe é o bem-estar do cuidador, já que a presença de fatores estressores nas relações entre o idoso e seu cuidador favorecem a ocorrência de violências. Quanto a isso, o profissional de saúde pode utilizar o instrumento de avaliação de sobrecarga dos cuidadores elaborado por Zarit, que é composto por 22 perguntas e deve ser aplicado sem a presença do idoso.

O risco de ocorrer violências é elevado em casos de pacientes muito idosos e dependentes, apesar disso, muitos deles não denunciam os maus-tratos devido ao medo, à dificuldade de comunicação e à vergonha. Por isso, o profissional de saúde deve manter-se atento ao identificar lesões no corpo do paciente, descuidos com a saúde e comportamentos suspeitos, como recusa à visita domiciliar e divergências no discurso do cuidador e do idoso. Para auxiliar essa investigação, pode-se utilizar a avaliação desenvolvida em Porto Rico para identificar casos de violência, sendo composta por 14 perguntas que devem ser aplicadas ao idoso sem acompanhante. Com a suspeita de violência, o médico deve registrar o caso por meio da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências e deve avaliar a melhor alternativa de acordo com o contexto em que o idoso se encontra, podendo este interferir e opinar sobre as medidas tomadas.

CASO CLÍNICO

L.M.S., 77 anos, caucasiano, sexo masculino, aposentado, casado, católico, natural e procedente do Ceará. Paciente chega ao Centro de Saúde da Família com sua esposa, a qual relata que o marido tem apresentado episÃ³dios recorrentes de esquecimento. Afirma que o paciente tem tido problemas em administrar o seu dinheiro, pois esquece de pagar algumas contas, que tem esquecido o caminho para ir à igreja e que tem tido problemas para tomar

os medicamentos para a hipertensão, pois não lembra de tomá-lo na hora correta, fato que não ocorria antes. Por fim, afirma que o paciente perdeu bastante peso nos Últimos seis meses e que suas roupas estão frouxas. A esposa relata que, anteriormente, o paciente pesava 76 kg e agora pesa 67 kg. Mora com a esposa e tem três filhos adultos. Apresenta hipertensão arterial sistêmica e utiliza Losartana 100 mg/dia e Anlodipino 10mg/dia. Não fuma e não consome bebidas alcóolicas. No exame físico, apresenta IMC =18 kg/m², PA = 130x80mg, FC = 66 bpm, FR = 13 irpm e T = 36,4 °C. Paciente aparentemente desnutrido, anictérico e acianótico.

QUESTÕES

1) **Diante do exposto, pode-se suspeitar que o paciente apresenta demência. Nesse caso, o médico deve dar maior prioridade a qual teste, durante a consulta, para verificar o estado mental do paciente?**
    a) Escala de Depressão Geriátrica
    b) Questionário de Pfeffer
    c) Teste do relógio
    d) Mini Exame do Estado Mental
    e) Teste de memória recente
2) **A partir do que foi relatado na consulta, o médico já pode suspeitar que os resultados de alguns testes realizados na avaliação global do paciente idoso estarão prejudicados. Partindo desse pensamento, qual opção abaixo contém testes que, provavelmente, não terão resultados satisfatórios?**
    a) Teste de Tinneti e Teste de memória recente
    b) Escala de Katz e APGAR familiar
    c) Teste do Sussurro e Questionário de Pfeffer
    d) Teste Timed Up and Go e Teste com Tabela de Snellen
    e) Mini Avaliação Nutricional e Escala de Lawton e Brody
3) **Utilizando as informações relatadas pela esposa do paciente, o médico pode considerar que o paciente apresenta perda de peso não intencional significativa?**
    a) Sim, pois é considerada significativa uma perda de peso igual ou maior que 5% em seis meses.

b) Sim, pois é considerada significativa uma perda de peso igual ou maior que 7% em seis meses.

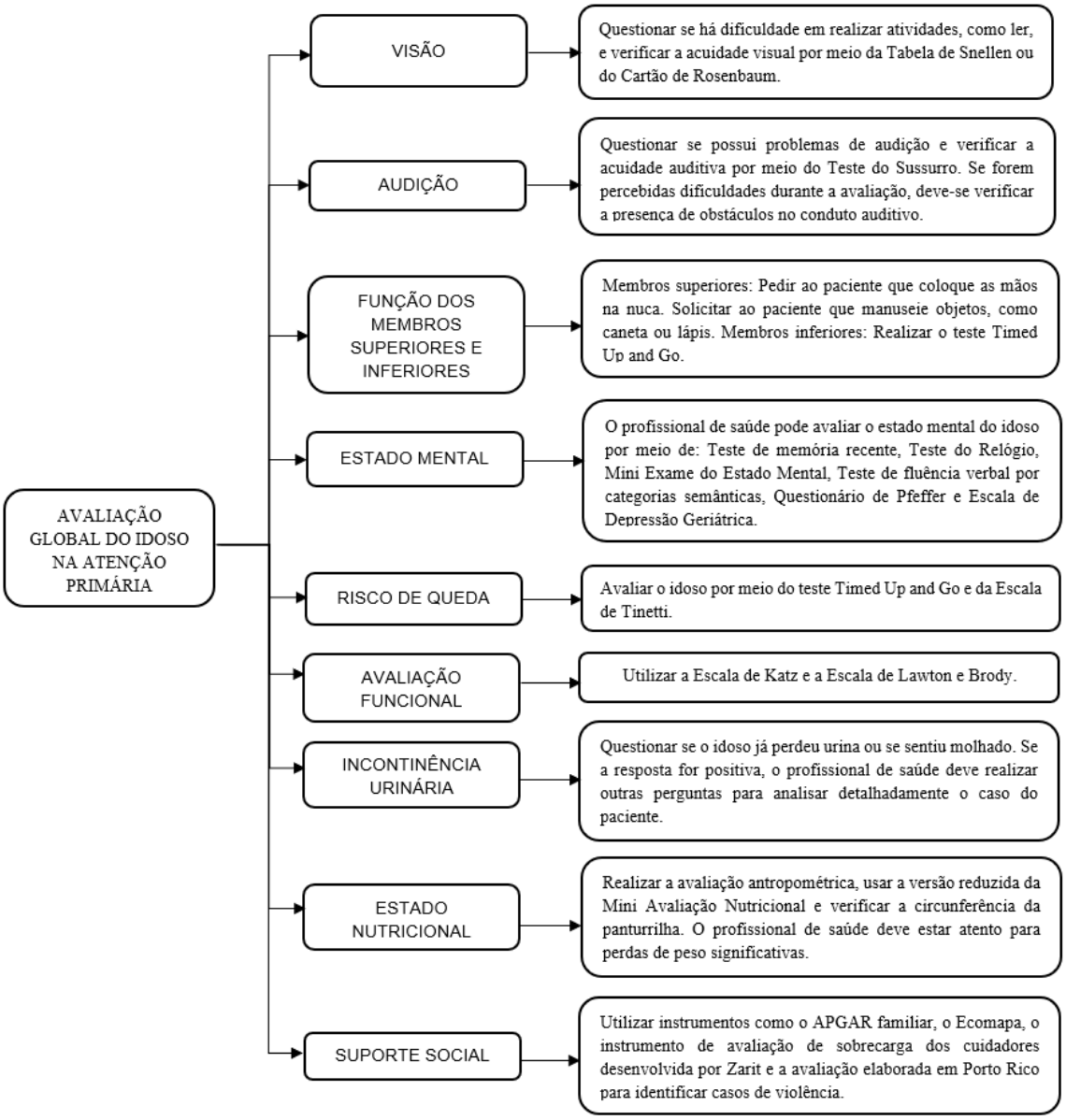
c) Sim, pois é considerada significativa uma perda de peso igual ou maior que 10% em seis meses.

d) Não, pois é considerada significativa apenas uma perda de peso igual ou maior que 13% em seis meses.

e) Não, pois é considerada significativa apenas uma perda de peso igual ou maior que 15% em seis meses.

Gabarito: 1. D, 2. E, 3. C.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ALIBHAI, Shabbir.; GREENWOOD, Carol; PAYETTE, Hélène. **An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. Canadá:** Canadian Medical Association Journal, 2005, p. 773. v. 172, n. 6

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo: [s.n.], 1999. p. 421. v. 57, n. 2B.

BLACKBURN, George L. *et al.* **Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient.** Journal of parenteral and enteral nutrition. [S.L]: [s.n], 1977. . P.11-22. v. 1, n. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

BRUCKI, Sonia M. *et al.* **Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo: [s.n], 1997. p. 56-61. v. 55, n. 1.

BRUCKI, Sonia M. *et al*. **Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria. São Paulo: [s.n], 2003. v. 61, n. p. 777-81. v. 61, n. 3B

CHAPMAN, K. M.; NELSON, R.A. **Loss of appetite:** managing unwanted weight loss in the older patient. [S.L.]: [s.n.], 1994. p. 54-9. . v. 49, n. 3.

ENSRUD, Kristine E. *et al.* **Intentional and unintentional weight loss increase bone loss and hip fracture risk in older women.** Journal of the American Geriatrics Society. [S.L]: [s.n.], 2003. p. 1740-47. v. 51, n. 12.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; McHUGH, Paul R. **Mini-mental state:** A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. [S.L.]: [s.n], 1975. p. 189-98. v. 12, n. 3.

FREITAS, Elizabete Viana de.; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FUZIKAWA, Cíntia *et al.* **A population based study on the intra and inter-rater reliability of the clock drawing test in Brazil:** the Bambui Health and Ageing Study. International Journal of Geriatric Psychiatry. [S.L.]: [s.n], 2003. p. 450-6. v. 18, n. 5

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

GOMES, Gisele de Cassia. **Tradução, adaptação transcultural e exame das propriedades de medida da escala Performance Oriented Mobility Assesment (POMA) para uma amostra de idosos brasileiros institucionalizados.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas-SP: [s.n], 2003.

KATZ, Sidney *et al*. **Studies of illness in the aged. The index of ADL:** a standardized measure of biological and psychosocial function. Chicago-USA: [s.n.], 1963. p. 914-19. v. 185

KLEIN, Lawrence E. *et al.* **Diagnosing dementia:** Univariate and multivariate analyses of the mental status examination. Journal of the American Geriatrics Society. [S.L.]: [s.n.], 1985. p. 483-8. . v. 33, n.7.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. **Assessment of older people:** self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. [S.L.]: [s.n.], 1969. p. 179-86. v. 9, n. 3.

MACEDO, Antônio Vaz de; ROCHA, Manuel Otávio. **Avaliação e tratamento da perda de peso involuntária e significativa.** Revista Médica de Minas Gerais. Minas Gerais: [s.n], 2010. p. 115-23. v. 20, n. 1.

MACPHEE, Graeme J.; CROWTHER, John A.; McALPINE, Christine H. **A simple screening test for hearing impairment in elderly patients.** Age and ageing. [S.L.]: [s.n], 1988. p. 347-51. , v. 17, n. 5.

McMINN, J.; STEEL, C.; BOWMAN, A. **Investigation and management of unintentional weight loss in older adults.** BMJ. [S.L.]: [s.n], 2011. V. 342.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NEWMAN, Anne B. *et al.* **Weight change in old age and its association with mortality.** Journal of the American Geriatrics Society. [S.L.]: [s.n.], 2001. p. 1309-18. v. 49, n. 10.

OKUMIYA, Kiyohito *et al*. **The timed "up & go" test is a useful predictor of falls in community-dwelling older people.** Journal of the American Geriatrics Society. [S.L.]: [s.n], 1998. p. 928-30. v. 46, n. 7.

PFEFFER, R. I. *et al.* **Measurement of functional activities in older adults in the community.** Journal of Gerontology. [S.L.]: [s.n], 1982. p. 323-9. v. 37, n. 3.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. **The Timed "Up & Go":** a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society. New York-USA: [s.n], 1991. p. 142-48. v. 39, n. 2.

RUBENSTEIN, Laurence Z. *et al.* **Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF).** The journals of gerontology: Series A, Biological sciences and medical sciences. [S.L.]: [s.n.]: 2001. p. 366-72. v. 56, n. 6.

SIU, Albert L. **Screening for dementia and investigating its causes.** Annals of Internal Medicine. [S.L]: [s.n.], 1991. p. 122-32. v. 115, n. 2.

SMILKSTEIN, G.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. **Validity and reability of the family APGAR as a test of family function.** The Journal of Family Practice**.** [S.L.]: [s.n], 1982. p. 303-11. v. 15, n. 2.

SMILKSTEIN, G. **The family APGAR:** a proposal for a family function test and its use by physicians. The Journal of family practice. [S.L.]: [s.n.], 1978. p. 1231-9. v. 6, n. 6.

SUNDERLAND, Trey *et al.* **Clock drawing in Alzheimer's disease:** A novel measure of dementia severity. Journal of the American Geriatrics Society. [S.L.]: [s.n], 1989. p. 725-9. v. 37, n. 8.

TAUB, Anita; ANDREOLI, Sergio B.; BERTOLUCCI, Paulo H. **Dementia caregiver burden:** reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: [s.n], 2004. p. 372-76 v. 20, n. 2.

TINETTI, M E. **Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients.** Journal of the American Geriatrics Society. [S.L.]: [s.n.], 1986. p. 119-26. v. 34, n. 2.

YESAVAGE, J. A. *et al.* **Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.** Journal of psychiatric research. [S.L.]: [s.n.], 1983. p. 37-49. v. 17, n. 1

CAPÍTULO XXII

SÍNDROMES DEMENCIAIS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-22

Autor(a): Samuel da Costa Fernandes
Coautores: Manoel Vieira do Nascimento Júnior
Paula Fernanda Patriolina Teixeira de Oliveira
Wendelly Soares Torres
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO

Por definição, a síndrome demencial é um conjunto de sinais e sintomas advindos de um declínio cognitivo e/ou comportamental persistente, que interferem nas atividades sociais ou profissionais da pessoa, independentemente de alterações do nível de consciência. Tal declínio deve, necessariamente, estar relacionado a alterações cerebrais de natureza orgânica. Desse modo, apesar de os exames de neuroimagem não serem mandatórios para o diagnóstico (como veremos a seguir), quando são realizados, percebe-se que a maioria dos pacientes demenciais já apresenta lesão(ões) cerebral(is) identificável(is).

Epidemiologicamente, as demências de Alzheimer e vascular são as mais frequentes no mundo. A demência de Alzheimer permanece sendo a mais comum em uma escala global, evidenciando a necessidade de o médico investigar tal condição em pacientes com queixas relacionadas ao declínio cognitivo. Por outro lado, outras doenças podem se apresentar por meio de um quadro clínico com características demenciais, sendo fundamental que o profissional não as ignore na investigação diagnóstica.

Para que ocorra a instalação do processo demencial, há uma forte associação da predisposição genética com as condições e os hábitos de vida do paciente. Nesse sentido, os principais fatores de risco modificáveis para demência e Comprometimento Cognitivo Leve – CCL (vide conceito a seguir) são: baixa escolaridade, hipertensão, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólica, obesidade na meia-idade, sedentarismo a partir da meia-idade e tabagismo. Como será visto, cada demência pode estar sob influência de um fator mais acentuadamente do que outro, porém, de uma maneira geral, todos eles interferem, em certo grau, em todas as formas da condição.

2. QUADRO CLÍNICO

Para que se compreenda o variável quadro clínico do paciente com síndrome demencial, é necessário que se tome conhecimento dos domínios cognitivo-comportamentais (tabela 1) que podem ser afetados pelas doenças. É importante citar que, com o envelhecimento fisiológico, há uma perda progressiva da velocidade de processamento cognitivo. Por outro lado, outras alterações, como a perda de memória recente, não fazem parte do envelhecimento normal, devendo estas, quando presentes, alertar o médico quanto à investigação de demências.

Principais domínios cognitivo-comportamentais
Memória: Divide-se em consciente (explícita ou declarativa) ou inconsciente (implícita ou não declarativa). Na primeira, a memória é acessível ao consciente. Já na segunda, o indivíduo não tem consciência do seu conhecimento, como é o caso do aprendizado motor e do condicionamento, altamente dependentes da integridade dos núcleos da base. A memória consciente divide-se principalmente em episódica (ou factual) e semântica, referente ao conhecimento geral e linguístico acumulado. A memória episódica, por sua vez, divide-se em memória de trabalho (<3 minutos), de curto prazo (3 minutos a dias), de longo prazo (semanas a meses) e duradoura (anos a décadas). Na fase inicial da demência de Alzheimer, há um comprometimento predominante da memória episódica de curto prazo (função hipocampal), ao passo que nas demências subcorticais (p. ex., microvascular) e na pseudodemência depressiva costuma haver um comprometimento predominantemente da memória de trabalho (circuitos límbico-frontais) e das funções executivas relacionadas a esta (abaixo). Nas variantes de linguagem da demência frontotemporal, há um déficit desproporcional da memória semântica.
Função executiva: responsável pelas habilidades de idealização, sequenciamento, iniciação, inibição, modificação e adaptabilidade do planejamento cognitivo. É a função cognitiva que mais se aproxima do conceito usual de inteligência. Os pacientes com disfunção executiva podem ser divididos em dois subgrupos, a depender do sintoma dominante: desinibição (demência frontotemporal comportamental) ou, mais comumente, lentificação da velocidade de processamento cognitivo e motor (demências subcorticais, incluindo a demência microvascular, de Lewy e parkinsoniana). Alterações de planejamento costumam estar presentes em ambos os subtipos.
Atenção: função cognitiva que modula o funcionamento de todas as outras, sobremaneira no que se refere à memória e à função executiva. Com o envelhecimento usual (não bem-sucedido), pode haver diminuição da reserva funcional cerebral, tornando os diversos domínios cognitivos altamente dependentes da atenção para funcionarem acima do limite de insuficiência. Por esse motivo, depressão maior de intensidade moderada e grave pode simular demência no idoso. O *delirium*, por sua vez, afeta sobretudo o nível da atenção, seja na sua forma hipoativa ou hiperativa. Como consequência, há um prejuízo em todas as funções cognitivas que dela dependem, como memória, linguagem e comportamento.
Práxis: é a capacidade de planejar a execução de atividades motoras previamente aprendidas. Apraxia é a dificuldade para executar essas atividades motoras, apesar da integridade da compreensão e do sistema motor. O paciente parece “atrapalhado" à tentativa de realização do comando motor. Na apraxia de marcha, o paciente apresenta significativa alteração de marcha. A força é simétrica e não há sinais cerebelares. O paciente pode apresentar significativa dificuldade em iniciar a marcha (falência na ignição da marcha), encurtamento dos passos (marcha de passos curtos) e alargamento da base (abasia de origem não cerebelar). A presença de apraxia de marcha

deve atentar o clínico para a presença de uma demência do tipo não Alzheimer, sendo um dos sinais neurológicos que mais ajudam a diferenciar o Alzheimer das outras demências.
Linguagem: capacidade de comunicação, verbal ou não. Afasia: dificuldade no processamento cognitivo (elaboração e/ou compreensão e/ou repetição) da linguagem verbal e escrita. Mais frequentemente de origem cortical. Afasia de início súbito sugere AVC, enquanto alterações lentas e progressivas da linguagem associadas a outras alterações neurocognitivas sugerem processo demencial em curso. Parafasias: fonéticas como “cato" por "gato" ou semânticas, como lápis por caneta.
Função visuoespacial: depende da integridade dos lobos occipitais e parietais. Em cerca de 10% dos casos de Alzheimer, o principal sintoma referido pela família é perder-se e não saber voltar para casa (memória espacial, variante posterior da doença de Alzheimer). Alguns quadros demenciais podem se apresentar com simultaneognosia, isto é, a incapacidade em conjuncturar os diversos objetos do campo visual. O indivíduo apenas consegue perceber um objeto por vez, apesar da integridade das vias ópticas.
Comportamento: alterações neurocomportamentais podem apresentar-se tanto no que diz respeito ao espectro sono-vigília (sonolência, apatia, agitação e agressividade: verbal ou física), quanto como variantes patológicas do estado de alerta (delírios, alucinações, desinibição/inadequação social, hipersexualidade e outros comportamentos compulsivos). Pacientes com demência podem apresentar quaisquer sintomas comportamentais ao longo do curso da doença, sendo apatia o sintoma mais requente.

Fonte: DUNCAN et al. (2013).

3. CLASSIFICAÇÃO DAS DEMÊNCIAS

As demências podem ser classificadas em três principais classes: a evolutiva (tipicamente progressiva, como na doença de Alzheimer); a estática (como aquela advinda de trauma ou de acidente vascular encefálico) e potencialmente reversíveis (como a secundária a hipotireoidismo ou hipovitaminose de B12).

Quanto ao local de acometimento, as demências podem ser divididas em corticais e subcorticais, sendo o protótipo destas a demência vascular e daquelas a Doença de Alzheimer.

Por fim, os seis principais tipos de demência em idosos que vivem na comunidade são: da doença de Alzheimer, vascular, mista (Alzheimer + vascular), Lewy, da doença de Parkinson e frontotemporal. Causas potencialmente reversíveis, como hipovitaminose de B12 e hipotireoidismo, embora menos frequentes, não podem ser esquecidas pelo clínico.

4. MANEJO

O manejo clínico de pacientes com suspeita de demências pode ser realizado com base em quatro etapas: anamnese, exame físico, avaliação neuropsicológica e exames complementares.

4.1. ANAMNESE

Não raramente, os pacientes com suspeita de demência vêm à consulta acompanhados. Desse modo, é de extrema importância indagar aos acompanhantes sobre as possíveis alterações cognitivas, uma vez que o idoso frequentemente não as percebe ou subestima a importância delas por estar em negação sobre sua condição. Nesse sentido, é necessário precisar o período de início das alterações, qual delas aconteceu primeiro e, finalmente, a sequência das perdas cognitivas. Não se pode esquecer, também, de investigar a função motora do(a) paciente, perguntando sobre alterações na marcha, incontinência urinária e dificuldade na deglutição.

Ainda na anamnese, é função do médico avaliar a repercussão das alterações sobre as Atividades de Vida Diárias (AVDs), permitindo distinguir a possível demência do CCL. Na presença de comprometimento das AVDs, é importante avaliar se ele realmente ocorre em decorrência da perda cognitiva e não de outras condições individuais e sociais (como comorbidades e ambiente familiar restritivo).

4.2. EXAME FÍSICO

Características do exame físico podem reforçar ou diminuir as chances de a condição corresponder à determinada demência ou aos diagnósticos diferenciais. A tabela 2 traz a relação entre os achados do exame físico e a(s) principal(is) condição(ões) associadas. É importante ressaltar que, obviamente, deve-se avaliar o paciente de maneira integral; o objetivo da tabela é direcionar o raciocínio clínico, mas nenhum achado é patognomônico de qualquer doença.

Sinais vitais	
Hipotermia	Hipotireoidismo
Hipertensão	Demência vascular
Hipotensão	Hipotireoidismo
Bradicardia	Hipotireoidismo
Exame Geral	
Meningismo	Meningite crônica
Icterícia	Degeneração hepatocelular adquirida
Anéis de Kayser-Fleischer	Doença de Wilson
Exame do estado mental	
Perda evidente de memória	Doença de Alzheimer
Afasia	Demência frontotemporal
Alucinações	Demência com corpúsculo de Lewy

Nervos cranianos	
Papiledema	Tumor cerebral e hematoma subdural cônico
Pupilas de Argyll Robertson	Neurossífilis
Oftalmoplegia	Paralisia supranuclear progressiva
Paralisia pseudobulbar	Demência vascular e paralisia nupranuclear progressiva
Motor	
Apraxia dos membros	Degeneração corticobasal
Tremor	Demência com corpúsculo de Lewy, degeneração corticobasal, degeneração hepatocerebral adquirida, doença de Wilson, demência associada ao HIV
Asterixe	Degeneração hepatocerebral adquirida
Mioclonia	Doença de Creutzfeldt-Jakob, demência associada ao HIV
Rigidez	Doença com corpúsculos de Lewy, degeneração corticobasal, degeneração hepatocerebral adquirida, doença de Creutzfeldt-Jakob, paralisia supranuclear progressiva, doença de Wilson
Coreia	Doença de Huntington, doença de Wilson
Outros	
Apraxia da marcha	Hidrocefalia de pressão normal
Hiporreflexia (por polineuropatia associada)	Neurossífilis, deficiência de vitamina B12, demência associada ao HIV

Fonte: Adaptado de GREENBERG et al. (2014).

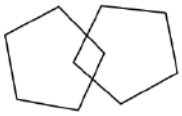
4.3. AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A testagem neurocognitiva breve, que pode ser realizada pelo médico da atenção básica à saúde, é uma ferramenta diagnóstica extremamente importante para complementar a anamnese. Os quatro principais instrumentos práticos utilizados são: a Escala de Depressão Geriátrica (vide tópico da pseudodemência depressiva), o Miniexame do estado mental, o teste do relógio e a lista de palavras do CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease).

O miniexame do estado mental (tabela 3) é um instrumento de escore que avalia a orientação no tempo e no espaço, o registro imediato e evocação de três palavras, a atenção, o cálculo, a linguagem, a execução de comandos e a cópia de desenho. O resultado do teste varia entre 0 e 30 pontos, sendo os pontos de corte para interpretação distintos conforme o grau de escolaridade do paciente (vide rodapé da tabela).

Tabela 3 - Pts – Pontos. Pontos de corte: Analfabetos < 19 pontos; pessoas com escolaridade de 1 a 3 anos <23 pontos; pessoas com escolaridade de 4 anos 7 anos <24; para pessoas com mais de 7 anos de escolaridade <28. Fonte: Herrera et al. (2002).

ORIENTAÇÃO	Pt(s)	

Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).		5
Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local) (andar).		5
REGISTRO		
Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____ (pontuação é dada pela primeira repetição)		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo: soletrar a palavra MUNDO de trás para frente (ODNUM)		5
EVOCAÇÃO		
Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)		3
LINGUAGEM		
Identificar lápis e relógio de pulso		2
Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.		1
Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”.		3
Ler ‘em voz baixa’ e executar: FECHE OS OLHOS		1
Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)		1
Copiar o desenho: 		1
TOTAL		30

Embora avalie vários domínios cognitivos do idoso, o MEEM não avalia suficientemente as funções visuoespaciais e executivas. Nesse sentido, como ferramenta complementar, tem-se o teste do relógio, quando se pede para o paciente desenhar um relógio redondo, com todos os números dentro, marcando determinada hora. A pontuação do teste varia de 0 a 5 pontos, sendo ≥3 o resultado esperado. Os critérios avaliativos são cinco (cada um valendo 01 ponto): desenho aproximado de uma face circular; números simetricamente colocados; números corretos; presença dos dois ponteiros e ponteiros marcando a hora correta.

No MEEM, a avaliação da memória de curto prazo, principal tipo acometido na Doença de Alzheimer, é realizada somente com três palavras. Devido a isso, recomenda-se que a avaliação seja complementada pela lista de palavras do CERAD. São apresentadas, uma a uma, 10 palavras não relacionadas para serem lidas em voz alta pelo examinando (ou examinador, caso a leitura esteja prejudicada) a um ritmo de uma palavra a cada dois segundos. Terminada a leitura, é feita a evocação, por um período máximo de 90 segundos, não importando a ordem. O procedimento é repetido, com as palavras em outra ordem, mais duas vezes. A

pontuação máxima é de 30 pontos, sendo o ponto de corte ≤ 13 pontos sugestivo de demência. Diferentemente do que ocorre na pseudodemência depressiva, no Alzheimer não costuma haver melhora progressiva no número de acertos nas três colunas (repetições) do teste.

4.4. EXAMES COMPLEMENTARES

Uma vez diagnosticada a síndrome demencial, deve-se solicitar exames laboratoriais (tabela 4) que fazem a triagem para as demências potencialmente reversíveis. Embora estas sejam minoria dentre os casos de demência, o potencial benefício para o paciente justifica a realização dos exames laboratoriais, evitando que demências potencialmente reversíveis não sejam tratadas. Ademais, a alta prevalência de comorbidades na população idosa também legitima tal solicitação.

Tabela 4.

Hemograma completo	Vitamina B12
Ureia e Creatinina	Ácido fólico
Proteínas totais e frações	Cálcio sérico
Enzimas hepáticas	Sorologia para sífilis
T4 livre e TSH	Sorologia para HIV (pacientes com idade inferior a 60 anos ou com sintomas atípicos)

Fonte: FREITAS et. al. (2016)

Idealmente, a tomografia computadorizada de encéfalo deve ser realizada em todo paciente com diagnóstico sindrômico de demência, objetivando afastar ou quantificar processos patológicos (micro)vasculares, bem como investigar infecções e tumores do sistema nervoso central. Entretanto, deve-se avaliar sua disponibilidade e, na ausência desta, continuar o manejo conforme a apresentação clínica e os exames complementares disponíveis.

O diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer, mesmo na fase pré-demencial, de Comprometimento Cognitivo Leve, pode ser realizado mediante métodos bioquímicos de análise do líquor e/ou neuroimagem. Entretanto, como ainda não existe tratamento modificador da doença, a realização da investigação precoce permanece controversa.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

5.1. DELIRIUM

Durante a avaliação inicial de um paciente com disfunção cognitiva, deve-se necessariamente descartar o *delirium*, que é uma síndrome cerebral orgânica, de natureza aguda, curso flutuante e causa potencialmente reversível.

Diferentemente das síndromes demenciais, nas quais o déficit cognitivo decorre de comprometimento primário dos domínios, no *delirium* o declínio cognitivo global decorre de maneira secundária a um déficit de atenção, estando o indivíduo ou hipoativo (sonolento) ou hiperativo (agitado).

As principais causas de delirium são as infecciosas (infecção urinária, pneumonia, etc), metabólicas (hiponatremia, infecção renal aguda, etc) e medicamentosas (benzodiazepínicos, neurolépticos, etc).

Mesmo que haja a confirmação de *delirium*, deve-se reavaliar cuidadosamente o paciente após tratada a causa-base, uma vez que pode haver a sobreposição da condição com quadros de Comprometimento Cognitivo Leve e de síndrome demencial.

5.2. PSEUDODEMÊNCIA DEPRESSIVA

A avaliação inicial da suspeita de demência deve incluir o diagnóstico diferencial de pseudodemência depressiva. A depressão geriátrica é caracterizada pelo surgimento de quadro clínico depressivo em pessoa idosa, na ausência de sintomas semelhantes durante a vida adulta (<60 anos).

Diante disso, pode-se utilizar a escala de depressão geriátrica (vide capítulo 22 - Avaliação Global da pessoa idosa na Atenção Primária), de modo a auxiliar no diagnóstico da pseudodemência depressiva.

Uma vez confirmada a depressão, deve-se realizar o tratamento farmacológico da condição, preferencialmente utilizando Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs).

Após iniciado o tratamento, deve-se reavaliar o paciente nos meses seguintes e investigar a possível remissão do declínio cognitivo, atentando-se à possibilidade de uma sobreposição do quadro depressivo com o demencial.

5.3. COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE - CCL

O CCL é caracterizado pela deterioração cognitiva, comprovada pela anamnese e pela testagem neurológica, sem que haja, porém, considerável dependência para as atividades de vida diárias.

Quanto à evolução, o CCL pode progredir para demência propriamente dita, estagnar em CCL ou entrar em remissão, voltando o paciente para o estado cognitivo prévio.

A investigação das possíveis causas inclui os exames de triagem já citados na triagem do Azheimer, devendo-se tratar causas potencialmente reversíveis e acompanhar o paciente para avaliar a evolução do quadro.

5.4. DOENÇA DE AZHEIMER

A doença de Azheimer é a principal causa de demências no mundo. Consiste em uma amiloidopatia do tipo beta, na qual a proteína beta-amiloide se acumula no cérebro por meio da deposição de placas senis. A presença de tais placas gera a hiperfosforilação da proteína tau, desestabilizando os microtúbulos e causando morte neuronal. O acúmulo da proteína *tau* forma os chamados emaranhados neurofibrilares presentes na doença de Alzheimer.

5.4.1. QUADRO CLÍNICO

Durante a fase inicial, costuma haver amnésia anterógrada devido ao comprometimento da memória de curto prazo. Não raramente, também nos estágios iniciais, a doença afeta a memória espacial, havendo relato de “perda na rua” pelo menos uma vez.

Com a evolução da doença, na fase moderada, pode haver disfunção executiva, afasia anômica (dificuldade de nomeação), prosopognosia (dificuldade reconhecer rostos) e piora da desorientação espacial. O comprometimento motor costuma ser o mais tardio na doença de Alzheimer, o que diminui as chances de uma demência em estágio inicial associada com apraxia de marcha ser oriunda dessa condição isoladamente, devendo o médico repensar o diagnóstico nesses casos.

5.4.2. TRATAMENTO

Ainda não há tratamento modificador de curso da doença de Alzheimer. A tabela 5 mostra os principais medicamentos utilizados, bem como a sua dosagem e o estágio da doença para seu uso.

Tabela 6.

Classe	Medicamento	Dose	Estágio
Anticolinesterásico	Donepezil Rivastigmina Galantamina	5-10mg por dia 1,5 – 6mg por dia 4-12mg por dia	Leve a moderado
Antiglutamatérgico	Memantina	20mg por dia	Moderado a grave

Deve-se administrar a medicação e reavaliar o paciente em 60 dias. Uma minoria refere melhora do quadro, sendo a progressão contínua dos sintomas indicativa de suspensão do fármaco.

Alguns pacientes na fase moderada da condição podem se beneficiar da associação entre um antiglutamatérgico e um anticolinesterásico, podendo o médico lançar mão dessa alternativa terapêutica.

5.5. DEMÊNCIA VASCULAR

A demência vascular é a segunda principal causa de síndrome demencial no mundo. Os países em desenvolvimento, como o Brasil, devem dar atenção especial à doença, uma vez que fatores de risco cerebrovasculares (hipertensão, diabetes e tabagismo) aumentam, comprovadamente, a sua prevalência.

Erroneamente, muitos acreditam que a demência vascular está associada necessariamente a um histórico claro de Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou sinais de hemiparesia. Na verdade, 75% dos pacientes com doença têm comprometimento subcortical, não apresentando AVE prévio que afete a região cortical.

O acometimento subcortical se deve à doença microvascular, caracterizada por isquemia periventricular crônica ou múltiplas lacunas nos núcleos da base e substância branca profunda.

O quadro clínico tem como principal característica o comprometimento da função executiva, às vezes não notada pela família, podendo estar associado a um quadro de incontinência urinária e apraxia de marcha. A tabela 6 resume os principais aspectos de distinção entre a demência vascular e a doença de Alzheimer.

Característica	Alzheimer	Demência Vascular
Início	Insidioso	Insidioso/agudo
História compatível com AVE	Não há	1/3 dos casos
Défict neurológico focal	Não há	Frequente
Sinal de Babinsk	Ausente	Frequente
Principal alteração cognitiva	Memória	Função executiva
Alteração da marcha	Ausente	Quase sempre

Característica	Alzheimer	Demência Vascular
Rigidez	Ausente	Frequente
Depressão	Comum	Muito comum
Urge-incontinência	Pode haver	Muito comum
Hipertensão e/ou diabetes	Pode haver	Quase sempre

Fonte: DUNCAN et. al. (2013)

5.5.1. TRATAMENTO E PROFILAXIA

O manejo adequado dos fatores de risco cerebrovasculares (hipertensão, diabetes e tabagismo) e das comorbidades (como depressão) tem se mostrado como principal o mecanismo de prevenção e combate à evolução da condição em estágios iniciais e moderados. Pode-se lançar mão do uso de anticolinesterásicos, mas seu benefício aqui parece ser ainda menor do que na doença de Alzheimer, o que torna a utilização criticável.

5.6. DEMÊNCIA MISTA (ALZHEIMER + VASCULAR)

A incidência da demência mista tem se mostrado cada vez maior, sobretudo em países em desenvolvimento. Dessa forma, pacientes com evolução clínica típica da doença de Alzheimer associada a achados condizentes com demência vascular no exame neurológico devem ser classificados como demência mista. Nesses casos, a conduta deve ser pautada em medicações anticolinesterásicas, dada sua possível ação em ambas as condições, associadas com o controle rigoroso dos fatores de risco cerebrovasculares.

5.7. DEMÊNCIA POR CORPÚSCULOS DE LEWY E DA DOENÇA DE PARKINSON

A presença de parkinsonismo (dois dos seguintes sinais: bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural) espontâneo associado a demência de início após os 65 anos de idade, descartando causas microvasculares à neuroimagem, é sugestiva de demência por corpúsculo de Lewy.

Entretanto, a doença de Parkinson também pode causar demência com parkinsonismo. Nesse caso, deve-se caracterizar quanto ao tempo de aparição do declínio cognitivo: se surgiu juntamente ao parkinsonismo ou até 01 anos depois, trata-se de doença por corpúsculos de Lewy; se o déficit surgiu mais de um anos depois, trata-se, provavelmente, de uma demência por doença de Parkinson.

Em casos de dúvida diagnóstica ou de manejo do paciente com parkinsonismo, deve-se realizar o encaminhamento para serviço especializado.

5.8. DEMÊNCIA FRONTOTEMPORAL

As demências frontotemporais são um grupo heterogêneo de doenças que apresentam fenótipos semelhantes, associados a uma degeneração predominantemente temporal e frontal.

A principal forma de apresentação clínica é a variante clássica, na qual há uma característica desinibição social excessiva e inapropriada. A memória costuma estar preservada, mas as funções executivas podem estar comprometidas, levando o paciente a apresentar distratibilidade e falta de persistência em obedecer a comandos menos simples.

Geralmente, quando se tem forte suspeita de demência frontotemporal, realiza-se o encaminhamento para manejo por neurologista, preferencialmente especializado em neurologia cognitivo comportamental.

6. CASO CLÍNICO

S.P.G., 78 anos, feminina, natural e procedente de Sobral-CE, comparece ao Centro de Saúde da Família de sua comunidade acompanhada da filha que relata esquecimento progressivo da mãe no tocante às atividades comuns do dia a dia. A filha se queixa que a mãe não se lembra de conversas recentes que teve e, por vezes, esquece o local em que guarda seus pertences. Ambas não procuraram atendimento antes por estarem convencidas de que os acontecimentos eram parte do envelhecimento normal, mas, recentemente, toda a família se preocupou após a paciente em questão perder-se na própria rua de casa por não se lembrar de onde morava.

QUESTÕES PROPOSTAS

01. Sobre a investigação clínica do quadro em questão, assinale a alternativa correta.

A- Deve-se tranquilizar a paciente e filha informando que a perda da memória recente faz parte do envelhecimento normal.

B- É necessário realizar a investigação das síndromes demenciais por meio de um maior detalhamento na anamnese, bem como de um exame físico e neurológico adequado e, já na primeira consulta, solicitar uma tomografia computadorizada de encéfalo, uma vez que sua realização é mandatória para o diagnóstico de síndrome demencial.

C- Durante a avaliação inicial, se confirmada síndrome demencial, deve-se estar atento a possíveis diagnósticos diferenciais, como a pseudodemência depressiva.

D- Deve-se realizar uma testagem neuropsicológica adequada, devendo o clínico escolher apenas um instrumento de avaliação cognitiva para a investigação, de modo a otimizar o tempo da consulta.

E- Se confirmada síndrome demencial, a realização dos exames laboratoriais é dispensável, tendo em vista que as causas potencialmente reversíveis são a minoria nos casos de demência.

02. Supondo que S.P.G. tenha realmente a síndrome demencial, deve-se investigar sua etiologia. Dessa forma, sobre as principais causas de demência, é correto afirmar:

A- A demência de Alzheimer tem como característica principal apresentar, precocemente, perda da memória recente associada à disfunção motora, principalmente expressa por meio de uma apraxia de marcha.

B- A demência mista é caracterizada pela junção da demência de Alzheimer com a demência frontotemporal, sendo o uso de anticolinesterásicos e o controle de fatores de risco cerebrovasculares a principal conduta indicada nesses casos.

C- A demência vascular é especialmente comum em países em desenvolvimento, dada sua forte relação de prevalência com as comorbidades do paciente e os seus hábitos de vida. Caracteristicamente, o paciente com essa demência apresenta sinais claros de AVE importante, tais como hemiparesia, o que ajuda no esclarecimento diagnóstico.

D- A terapia farmacológica da doença de Alzheimer ainda é, na maioria das vezes, falha, uma vez que não há medicamentos modificadores do curso da doença, sendo o benefício relatado por apenas uma minoria dos pacientes em uso da terapêutica.

E- A demência por corpúsculo de Lewy tem, além de bradicinesia, uma apresentação clínica com uma clássica desinibição social, havendo inadequação do comportamento associada ao quadro de declínio cognitivo.

03. Assinale a alternativa que traz a relação correta entre os fármacos usados na doença de Alzheimer e o estágio da condição adequado para uso.

A- Donepezil isolado - grave

B- Rivastigmina isolado - grave

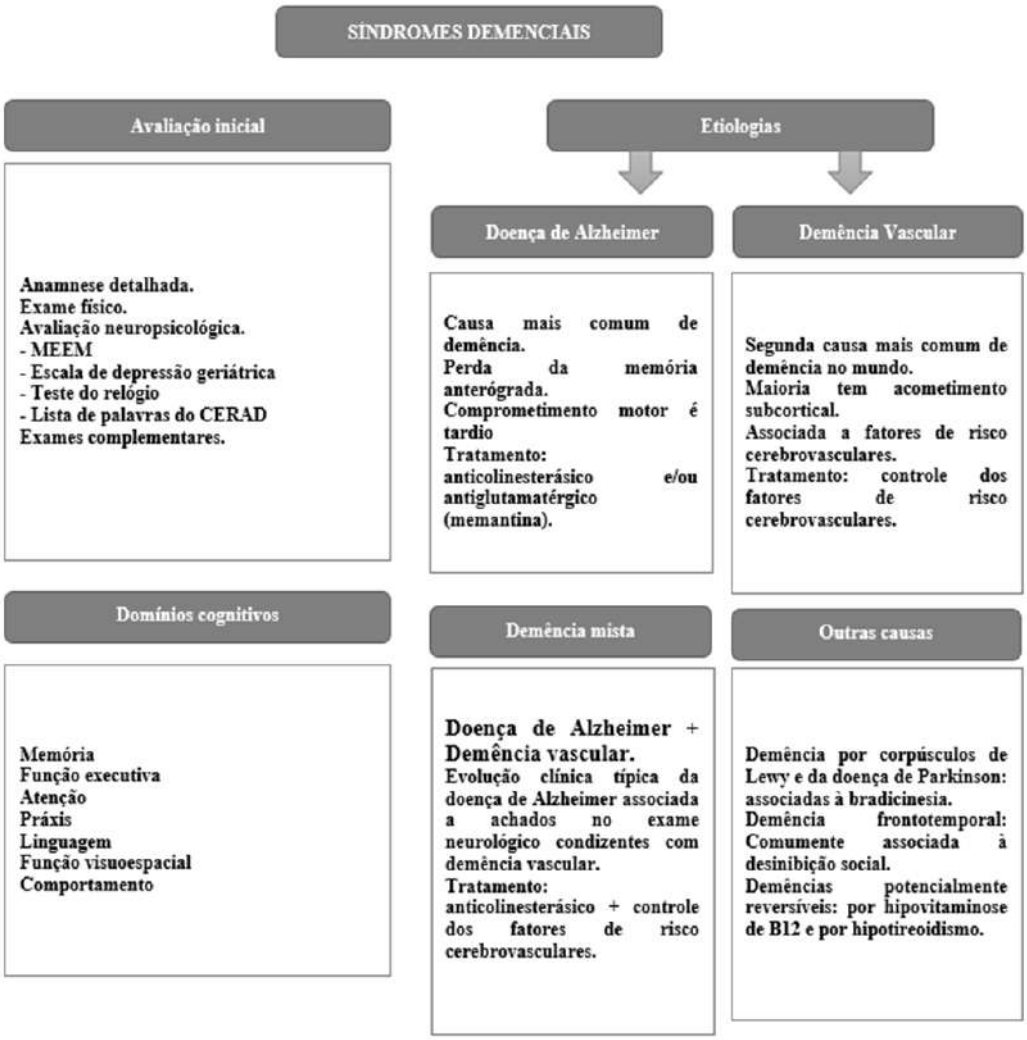
C- Galantamina isolado - grave

D – Memantina isolado – leve

E- Memantina + anticolinesterásico – moderado a grave

RESPOSTAS: 01- C, 02- D e 03-E.

FLUXOGRAMA



Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS

CRUZ, Matheus, R; CAMOZZATO, Analuiza; CHAVES, Márcia L.F. Síndromes Demenciais e Comprometimento Cognitivo Leve. In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 682-709.

FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

GREENBERG, D. A. et al. Neurologia clínica. 8 ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

HERRERA Jr E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwwlling brazilian. Alzheimer disease and associated disorders. [S.L.]: [s.n], 2002. p. 103-108. v. 16, n° 2.

UNIDADE IV

CAPÍTULO XXIII

INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-23

Autor(a): Rafael Lucas Simões dos Santos
Coautores: Felipe Pinheiro Mendes
Pedro Túlio Monteiro Araújo
Wendelly Soares Torres
Orientador(a): Thamara Vieira Rolim Melo Martins

1. INTRODUÇÃO

As IVAS constituem as infecções do trato respiratório superior (cavidade nasal, faringe e laringe), englobando as rinossinusites, nasofaringites, faringotonsilites, epiglotites e laringotraqueítes. É importante ressaltar que, dessas, a maioria é de etiologia viral, portanto com evolução benigna e autolimitada, porém motivo de grande procura à Atenção Primária.

Nesse contexto, os sintomas-guia de um quadro de IVAS e a anamnese constituem a principal forma de diferenciar um quadro viral de um bacteriano, a fim de reduzir o uso inadequado de antibióticos, principal classe de medicamentos prescrita, equivocadamente, em muitos casos de IVAS.

2. NASOFARINGITE

Popularmente conhecida como resfriado comum, é a causa mais frequente de IVAS, caracterizada por inflamação da mucosa nasofaríngea por vírus diversos, dentre eles destaca-se o rinovírus, além do parainfluenza, influenza, vírus sincicial respiratório (VSR) e coronavírus.

A sintomatologia típica possui um grau de acometimento leve do estado geral apresentando-se com congestão e obstrução nasal, febre baixa (não superior a 38°C), cefaleia, rinorreia, tosse seca, dor de garganta, espirros e mal-estar, com uma duração média de 7 a 10 dias, sendo anorexia e sintomas gastrintestinais incomuns. A duração dos sintomas pode chegar até a 14 dias, entretanto a partir de 10 dias de evolução já deve ser considerada a possibilidade de uma complicação do quadro. Entretanto, o quadro pode evoluir para rinossinusite aguda, havendo, então, dor à compressão facial nas localizações dos seios

paranasais (rinossinusite viral ou bacteriana) acompanhada dos sintomas respiratórios. É importante ressaltar que rinorreia com exsudato purulento não é sinônimo de infecção bacteriana, podendo estar presente mesmo nos quadros sem complicação secundária.

No que se refere ao diagnóstico, este é essencialmente clínico e o exame físico deve buscar sinais de maior risco e complicação, como obstrução das vias aéreas que pode indicar epiglotite aguda ou crupe viral, avaliando se há presença de cianose, diminuição do murmúrio vesicular à ausculta, sinais de esforço respiratório (retração subcostal ou uso de musculatura acessória), estridores respiratórios e respirador oral.

A conduta proposta geralmente é a expectante, tendo em vista ser um quadro autolimitado, entretanto se pode recorrer aos sintomáticos nos casos mais significativos e em crianças, que podem apresentar febre com maior frequência. Paracetamol, dipirona e AINEs podem ser usados para regressão do quadro febril e como analgésicos em casos de cefaleias, além de descongestionantes nasais alfa-adrenérgicos e anti-histamínicos que podem aliviar a congestão nasal, reduzindo o edema. Faz-se indispensável o uso da lavagem nasal com soro fisiológico para o alívio dos sintomas respiratórios tais como obstrução nasal e tosse seca, sendo este último causado pelo fenômeno de gotejamento pós-nasal, solucionado com essa simples medida. Não se recomenda a supressão da tosse, visto que é um mecanismo fisiológico que ajuda a expelir a secreção, mas em quadros persistentes e intensos, pode-se utilizar o brometo de ipratrópio.

3. GRIPE

Trata-se de uma síndrome respiratória aguda causada pelo vírus influenza que configura o principal diagnóstico diferencial do resfriado comum. A principal forma de diferenciação se dá pela intensidade dos sintomas apresentados pelo paciente.

A sintomatologia se instala de maneira súbita, caracterizada por febre alta (acima de 38°C), dor de garganta, tosse seca, cefaleia, mialgia e congestão nasal, associados a um quadro sistêmico mais significativo com queda do estado geral e hiporexia. Pode haver hiperemia conjuntival e sintomas gastrintestinais associados. A dor articular também pode ser um sintoma comum na apresentação clínica. A febre constitui o principal sintoma, tendo uma duração média de 3 dias, seguida dos sintomas respiratórios após o seu desaparecimento e essa evolução natural fortalece bastante o diagnóstico de gripe.

As complicações incluem síndrome respiratória aguda grave, principalmente em crianças, além de pneumonia bacteriana, otite média, rinossinusite e Guillain-Barré. O diagnóstico também é clínico, não necessitando de exames complementares para elucidação diagnóstica. Ademais, o exame físico deve contemplar as mesmas buscas supracitadas no caso de resfriado comum e se aplica em todos os quadros de IVAS.

A terapia se assemelha a do resfriado comum, tendo em vista a evolução autolimitada da síndrome, portanto a conduta terapêutica deve se basear nos sintomas apresentados pelo paciente, sendo predominantemente expectante. O uso de antiviral (oseltamivir) está recomendado para pacientes com fatores de risco (tabela 1), objetivando reduzir os riscos de complicações. Deve-se atentar para os sinais de piora clínica como agravamento dos sintomas gastrintestinais em crianças, miosite comprovada laboratorialmente (aumento da CPK), febre por mais de 3 dias, desidratação e alterações sensoriais.

Tendo em vista a elevada variabilidade gênica do vírus da influenza devido a sucessivas mutações que o mesmo sofre, o programa de vacinação anual surge como uma importante ferramenta para contenção da infecção, principalmente nos considerados grupos de risco como idosos, gestantes e imunossuprimidos.

Tabela 1 - Fatores de risco com recomendação de antiviral

Indígenas	Adultos maiores de 60 anos
Gestantes	Pneumopatas, hepatopatas e nefropatas
Puérperas até 2 semanas pós-parto	Cardiopatas
Crianças menores de 2 anos	Distúrbios metabólicos e hematológicos
Transtornos neurológicos	imunossuprimidos

Fonte: Adaptada de Gusso

4. EPIGLOTITE

Consiste na inflamação aguda da mucosa na região supraglótica, podendo evoluir com obstrução das vias aéreas rapidamente progressiva, levando à morte se não diagnosticada precocemente. Sua incidência é mais comum na faixa etária pediátrica (2 a 6 anos de idade), porém pode ocorrer raramente em jovens e adultos.

Deve-se destacar que o agente etiológico mais comum é o *Haemophilus influenzae* do tipo B, entretanto, com o advento da vacina contra Hib, o perfil etiológico tem mudado para o *Staphylococcus aureus* e o estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA).

A sintomatologia típica dá-se início com febre alta (acima de 38.8°C), dispneia e irritabilidade (tríade clássica). Sintomas complementares podem estar associados como

odinofagia, estridor inspiratório, salivação e dificuldade respiratória no padrão respirador oral (hiperextensão do mento e boca aberta). É válido ressaltar que tosse e rouquidão geralmente não estão presentes, o que ajuda no diagnóstico diferencial.

Os principais diagnósticos diferenciais são crupe (laringotraqueíte), abscesso amigdaliano, uvulite e angioedema. O diagnóstico é clínico e exames secundário como radiografia cervical não devem atrasar a instituição da terapêutica precoce. Ressalte-se que a identificação de tal diagnóstico requer um encaminhamento para emergência hospitalar por tratar-se de uma urgência clínica.

O tratamento inclui manutenção da via aérea pérvia, caso necessário, instituir oxigenioterapia a 100% (pode haver necessidade de intubação orotraqueal) e antibioticoterapia empírica para Haemophilus, S. aureus, S. pneumoniae e EBHGA. Classicamente opta-se pela Ceftriaxona 50 mg/kg/dia.

5. LARINGOTRAQUEÍTE (CRUPE)

Caracterizada pela inflamação da laringe e da traqueia, causada por infecção viral, conhecida caracteristicamente por tosse em “latido de cachorro” de caráter autolimitado, sendo mais incidente em crianças de 6 meses a 6 anos de idade, com pico entre 1 e 3 anos.

Os agentes etiológicos mais comuns são parainfluenza, vírus sincicial respiratório e influenza, tendo uma duração típica de 7 dias com a sintomatologia.

No que tange à sintomatologia, a tríade característica é a de tosse rouca (em latido de cachorro), estridor inspiratório e rouquidão. Congestão nasal, coriza e febra baixa (não superior a 38°C) podem estar associados. É comum logo após haver disfonia, com a redução gradual dos outros sintomas, que piora durante a noite. Acrescenta-se que o quadro geralmente é leve e autolimitado, porém pode levar a complicações com necessidade de intervenção imediata para manutenção das vias aéreas, se houver sintomas de dificuldade respiratória (uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, crepitações e taquipneia).

O diagnóstico é clínico, porém a radiografia cervical pode revelar o sinal típico de “torre de igreja”, causado pelo estreitamento subglótico.

Figura 1 – Diagnósticos diferenciais de crupe

Fonte: Autor

A conduta terapêutica varia de acordo com a gravidade do caso, indo desde umidificação das vias aéreas e hidratação até intubação e corticoesteroide por via parenteral. O escore de Westley (tabela 2) pode ser utilizado como ferramenta para a conduta proposta, tendo uma boa aplicabilidade no âmbito da atenção primária.

Nos casos leves (escore de Westley ≤ 2), o tratamento pode ser feito apenas com umidificação aérea e hidratação, sendo a dexametasona por VO 0,15 -0,6 mg/kg a principal opção terapêutica. Nos casos moderados a graves (Westley ≥ 3), a utilização de adrenalina inalatória é uma opção para regressão do edema, a 2,25% na dose de 0,05ml/kg, até no máximo 5ml diluída em 3 ml de SF. A dexametasona por VO, preferencialmente, podendo ser usada parenteral, também pode ser utilizada de maneira complementar. Escores ≥ 8 indicam internação em leito hospitalar.

Tabela 2 - Escore de Westley

Pontuação	Nível de consciência	Entrada de ar	Cianose	Estridor	Retrações
0	Normal	Normal	Nenhuma	Nenhum	Nenhuma
1		Diminuída		Com agitação	Leve
2		Muito diminuída		Em repouso	Moderada
3					Grave
4			Com agitação		
5	Desorientado		Em repouso		

Fonte: Adaptada de Gusso

6. FARINGOTONSILITE

Consiste na inflamação da faringe e das tonsilas, estruturas localizadas na cavidade oral responsáveis pela secreção de imunoglobulinas que atuarão, primariamente, na defesa contra patógenos dos mais diversos. Normalmente, são de caráter infeccioso viral ou bacteriano, sendo os vírus responsáveis pela maior parte dessas infecções, portanto, o uso de antibiótico deve ser muito bem avaliado antes de ser instituído.

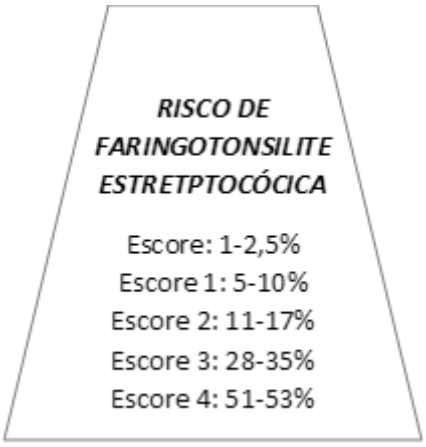
A etiologia viral é mais frequente nos primeiros anos de vida, mas podem ocorrer em qualquer faixa etária. O quadro clínico se apresenta tipicamente por disfagia, dor de garganta, leve pirexia, tosse e coriza. O exame físico evidencia, geralmente, apenas uma hiperemia da mucosa faríngea e edema de amígdalas. A conduta é geralmente expectante, com uso de anti-inflamatórios e analgésicos a depender da situação.

As infecções bacterianas correspondem a, aproximadamente, 30% dos casos, com predominância do *S. pyogenes* como principal agente etiológico. Destaca-se que a faixa etária típica dessa etiologia é entre 5 e 15 anos, tendo em vista que indivíduos com menos de 3 anos possuem proteção imunológica eficaz, por transmissão de anticorpos maternos, contra infecções bacterianas. A sintomatologia, por sua vez, é muito mais intensa e abrupta, com dor de garganta intensa, febre elevada (acima de 38°C) e queda do estado geral, juntamente a um exame físico que revela, na maioria dos casos, além de hiperemia e edema de mucosa, um exsudado purulento tonsilar e linfadenopatia nas cadeias cervicais e submandibulares.

Nesse contexto, uma importante ferramenta utilizada para predizer o risco de infecção estreptocócica são os critérios de CENTOR modificados, os quais avaliam e pontuam características clínicas e epidemiológicas específicas que aumentam o risco de tal agente etiológico, como mostrado na tabela abaixo.

Tabela 3 - Escore de Centor modificado

Critério	Pontuação
Ausência de tosse	1
Linfonodos cervicais anteriores dolorosos e aumentados	1
Temperatura > 38°	1
Edema amigdaliano e exsudato	1
Idade de 3 a 14 anos	1
Idade de 15 a 44 anos	0
Idade acima de 44 anos	-1



Fonte: Adaptada de Gusso

No quadro abaixo (Quadro 12.1), segue um esquema clínico prático para uma diferenciação de etiologia viral e bacteriana.

Quadro 12.1 – Diferenças clínicas das faringotonsilites virais e bacterianas

Etiologia viral	Etiologia bacteriana
✓ Coriza ✓ Tosse ✓ Sintomas gastrintestinais ✓ Rouquidão ✓ Exantema ✓ Ausência de febre ou febre leve ✓ Bom estado geral	✓ Febre alta ✓ Queda do estado geral ✓ Linfadenopatia ✓ Exsudato purulento em orofaringe ✓ Odinofagia intensa ✓ Otalgia reflexa

Fonte: Autor

O diagnóstico é clínico em sua maioria, mas como pode haver sobreposição de sinais e sintomas tidos como virais/bacterianos, alguns métodos complementares podem elucidar o quadro, dentre eles a cultura é o padrão-ouro, porém com elevado tempo de espera e, consequentemente, atraso no tratamento clínico; o teste de antígeno que pode ser feito de maneira rápida, porém com elevada quantidade de falsos-negativos, portanto um exame não deve descartar o quadro, principalmente em crianças, nas quais as complicações podem ser graves.

As principais complicações das faringoamigdalites bacterianas são divididas em supurativas e não supurativas. As supurativas englobam as rinossinusites, otites, abscesso amigdaliano e retrofaríngeo; e, dentre as não supurativas, destacam-se a febre reumática, glomerulonefrite pós-estreptocócica e febre escarlatina.

Tendo em vistas essas complicações e a gravidade das mesmas, o tratamento clínico deve ser instituído de maneira precoce com antibioticoterapia e sintomáticos para a analgesia e alívio da febre. Entretanto, é válido ressaltar que o uso de antibioticoterapia está indicado com um escore de Centor a partir de 3, e, mesmo nesses casos, o antibiótico apenas reduzirá o tempo sintomático, devendo-se avaliar o risco-benefício de instituir o tratamento com antibióticos em pacientes com idade superior a 20 anos, por exemplo, os quais não evoluem para complicações não supurativas como febre reumática. Na tabela 3, são apresentados os principais esquemas terapêuticos.

É válido ressaltar que, os antibióticos listados como 1ª escolha na tabela são mais eficazes para prevenir a febre reumática, devendo ser utilizado na dosagem e tempo recomendados, mesmo que os sinais e sintomas da infecção tenham desaparecido. Além disso, pacientes que possuem reações anafiláticas à penicilina não devem ser tratados, de maneira alternativa, com cefalosporinas.

Tabela 4 - Tratamento faringotonsilite estreptocócica

Tratamento	Medicações		Posologia
Sintomático	Ibuprofeno 200mg ou Suspensão oral 50mg/ml		Adultos: 200-400 mg, VO, 6 em 6h Crianças: 4-10 mg/kg, VO, 6 em 6h
	Paracetamol 500mg ou solução oral 200 mg/ml		Adultos: 750 mg, VO, de 6 em 6h/ 1000 mg de 6 em 6h Crianças: 10 – 15mg/kg/dose, VO, de 6 em 6h
Antibioticoterapia	1ª escolha	Penicilina V oral	Adultos: 500 mg de 12 em 12h por 10 dias Crianças: 250 mg de 8 em 8h por 10 dias
		Amoxicilina oral	Adultos: 500 mg de 12 em 12h por 10 dias Crianças: 50 mg/kg/dia a cada 8h por 10 dias
		Penicilina G Benzatina Intramuscular	< 27 kg: 600.000 UI dose única ≥ 27 kg: 1.200.000 UI dose única
	Alérgicos à Penicilina	Cefalexina oral	Adultos: 500 mg a cada 12h por 10 dias Crianças: 50 mg/kg/dia a cada 12h por 10 dias
		Claritromicina oral	Adultos: 250 mg a cada 12h por 10 dias Crianças: 7,5 mg/kg a cada 12h por 10 dias

Tratamento	Medicações		Posologia
		Azitromicina oral	Adultos: 500 mg por 1 dia seguido de 250 mg por mais 4 dias Crianças: 12 mg/kg/dia por 5 dias
		Clindamicina oral	Adultos: 300 mg a cada 8h por 10 dias Crianças: 21 mg/kg/dia a cada 8h por 10 dias

Fonte: Adaptada de Gusso

7. RINOSSINUSITES

O termo rinossinusite é utilizado para caracterizar todo processo inflamatório que acomete a mucosa de revestimento dos seios paranasais e da cavidade nasal, sendo uma doença bastante prevalente em nosso meio.

As infecções virais configuram como a principal etiologia, causando uma estagnação de secreções nos seios, assim como a queda do Ph e da tensão de oxigênio, o que gera um ambiente propício para o crescimento bacteriano. Se presente, geralmente é ocasionada por bactérias aeróbicas (*Streptococus pneumoniae, Haemophilus influenzae e Moraxella catarrhalis*).

É importante salientar que rinossinusite não é sinônimo de processo bacteriano. Em fato, estima-se que 0,5% a 2% das infecções de vias aéreas superiores evoluem para rinossinusites bacterianas, sendo 80% desses casos após infecção viral e 20% após quadros alérgicos, podendo ter, portanto, rinossinusites de etiologia viral, bacteriana, alérgica e também fúngica em raros casos.

Em geral, a rinossinusite pode ser dividida em rinossinusite aguda (RSA), que é predominantemente infecciosa, e rinossinusite crônica (RSC), considerada multifatorial. Há também subdivisões como rinossinusite subaguda, aguda recorrente e crônica agudizada. A classificação é embasada no tempo de duração dos sinais e sintomas, como é mostrado na tabela 4 a seguir.

Tabela 5 - Classificação das rinossinusites quanto ao período sintomático

CLASSIFICAÇÃO DAS RINOSSINUSITES	
Aguda	Até 4 semanas.
Subaguda	Mais do que 4 semanas e menos que 12 semanas.
Crônica	Mais do que 12 semanas.
Aguda recorrente	≥ 4 episódios de RSA no período de 1 ano, com remissão completa entre eles.
Crônica agudizada	Mais do que 12 semanas com sintomas leves e períodos de intensificação.

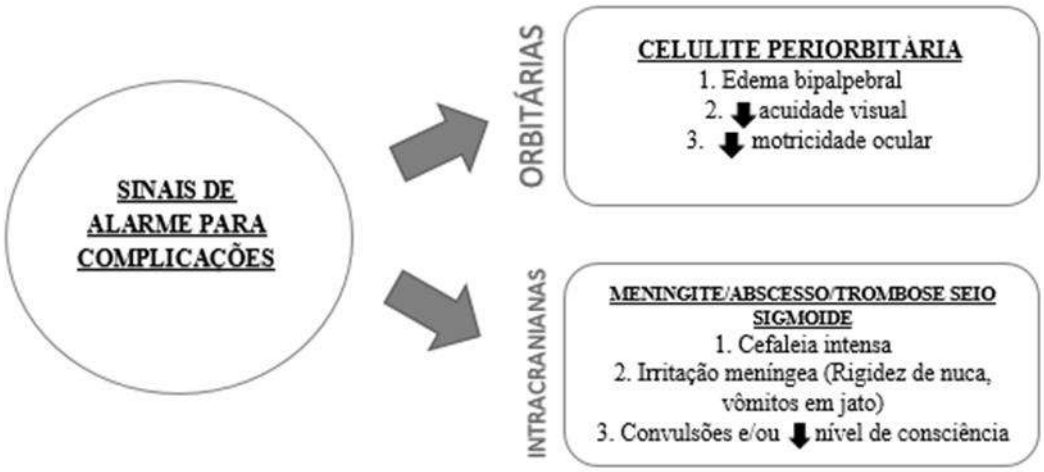
Fonte: Adaptada de Costa

A RSA é caracterizada pela presença de dois ou mais sintomas: obstrução/congestão nasal, rinorreia anterior ou posterior, dor ou pressão facial, anosmia. Outros sinais e sintomas podem ser observados, como febre, tosse, halitose, cefaleia, hiperemia da parede posterior da orofaringe, edema periorbitário, pressão nos ouvidos e dor dentária. Deve-se pensar em RSA bacteriana, quando a condição aguda se prolonga por mais de 10 dias ou quando há uma piora do quadro após o quinto dia.

O diagnóstico é essencialmente clínico. Por isso, é necessária uma boa anamnese e um entendimento de que essa condição deve ser entendida como uma inflamação da mucosa nasal e paranasal, e não como um sinônimo de doença bacteriana, a fim de evitar uma escuta prejudicada da história clínica e uma prescrição desnecessária de antimicrobianos.

Na maioria dos casos, não são necessários exames complementares, nem há evidências que sustentem seu uso rotineiro, devendo ser reservados para casos específicos, como em possíveis complicações e em casos recorrentes/crônicos. Caso estejam presentes, faz-se importante a realização de uma TC.

Figura 12.2 – Complicações da rinossinusite



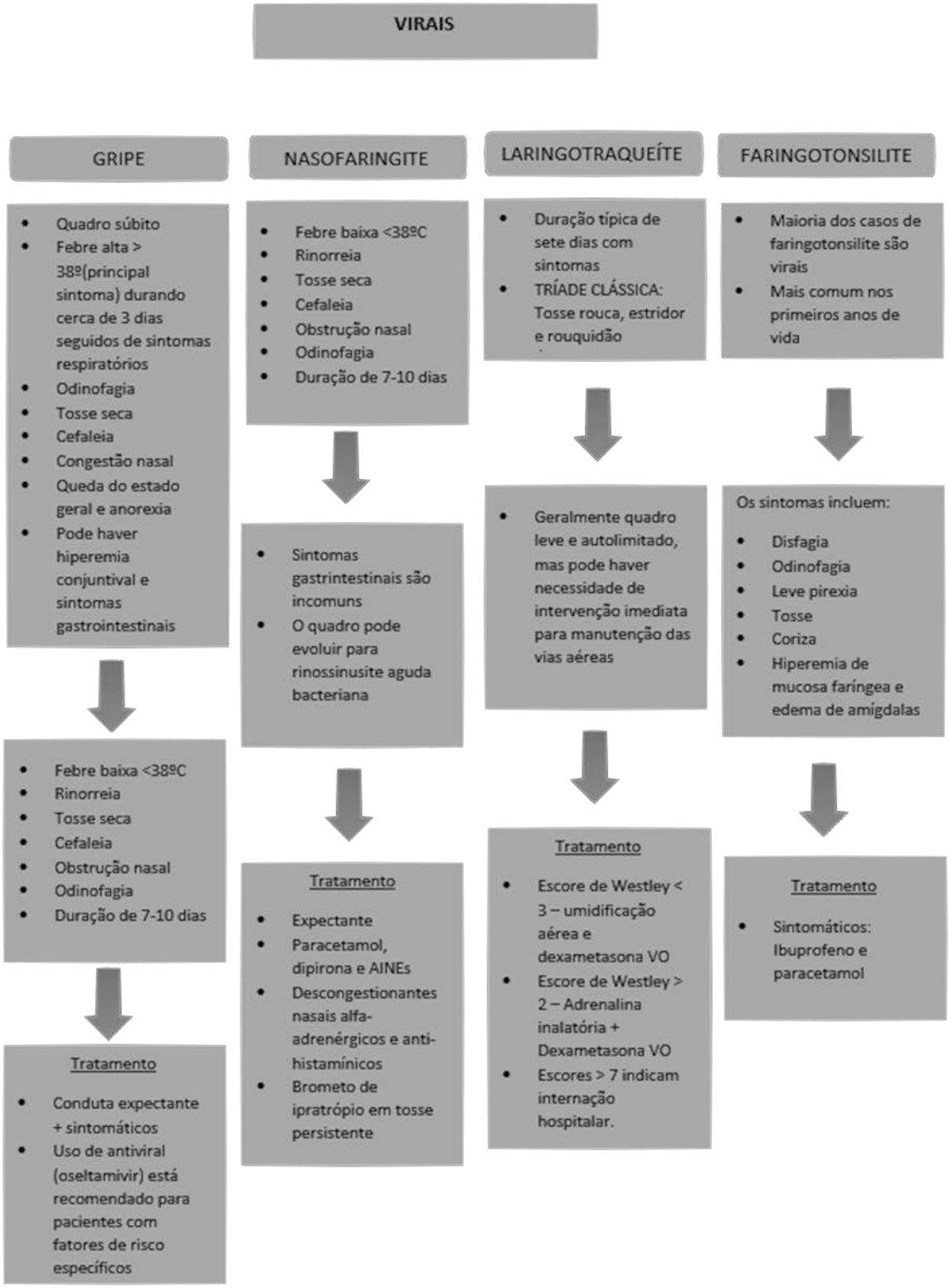
Fonte: Autor

O tratamento baseia-se, principalmente, na etiologia da rinossinusite. Se viral, a doença é autolimitada e é restrito a medidas para alívio da sintomatologia, como uso de descongestionantes tópicos (cloridrato de oximetazolina ou nitrato de nafazolina, por 3 dias) e lavagem nasal com solução salina. Podem ser usados também descongestionantes orais que, normalmente, já são associados a anti-histamínicos, como cloridrato de fenilefrina. Se doença aguda recorrente, também pode ser prescrito spray nasal com corticoides (budesonida, fluticasona).

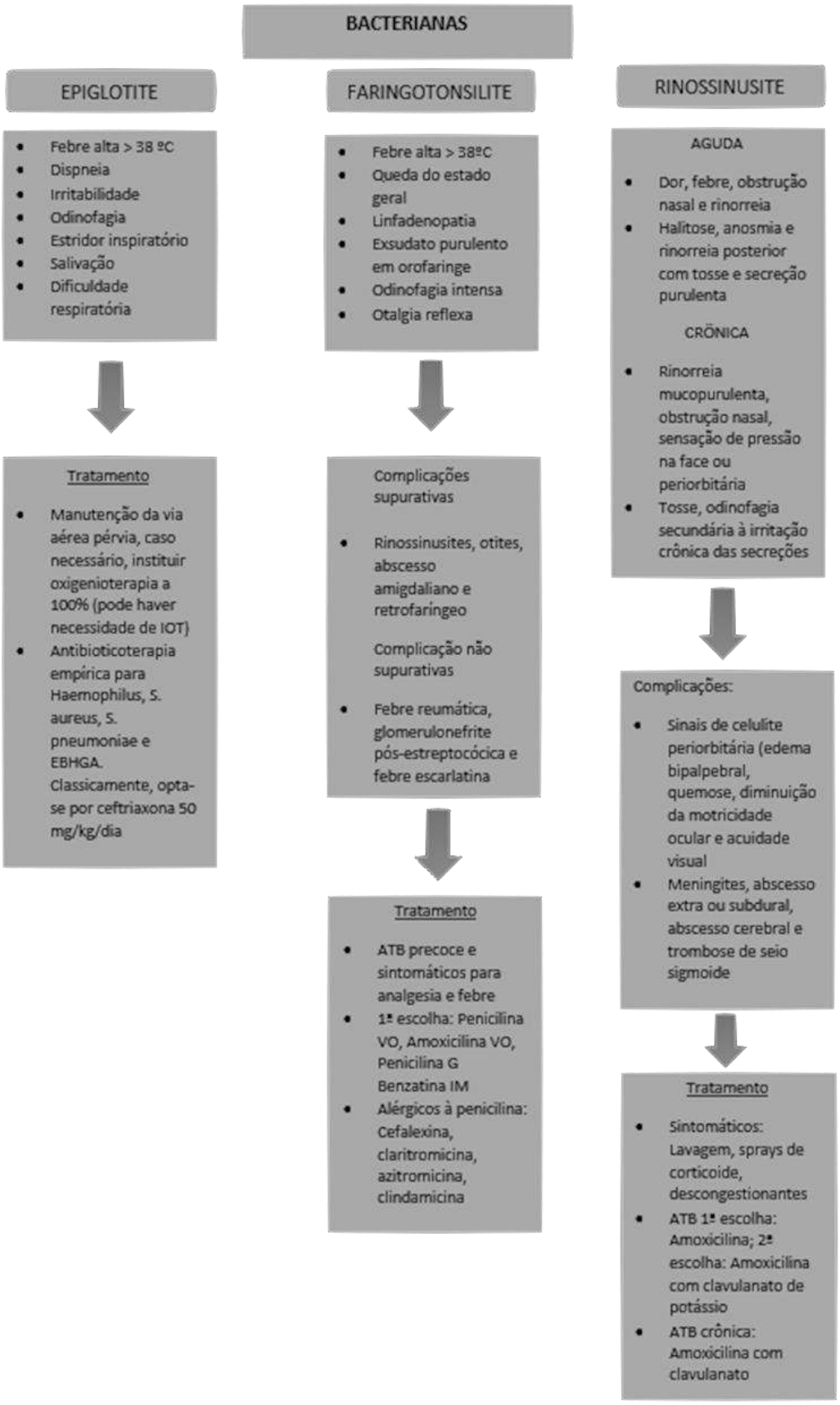
Caso os sintomas não regridam em até 7 dias do início do quadro (período que a maioria dos quadros gripais já se resolveram), é indicada a antibioticoterapia, normalmente realizada com amoxicilina de 10 a 15 dias.

Em algumas situações específicas, a antibioticoterapia precisa ser reforçada com alcançando um maior espectro de ação, a exemplo dos casos em que o paciente já tenha utilizado antibiótico no último mês ou em quadros de complicação da rinossinusite, já apresentados na figura 12.2. Nesse contexto, opta-se pela amoxicilina com clavulanato de potássio ou cefprozil. Em se tratando de rinossinusite crônica, deve ser utilizado amoxicilina com clavulanato de potássio, cefprozil ou clindamicina por 3 a 4 semanas.

FLUXOGRAMAS



Fonte: Autor


BACTERIANAS
EPIGLOTITE
Febre alta > 38 ºC
Dispneia
Irritabilidade
Odinofagia
Estridor inspiratório
Salivação
Dificuldade respiratória
Tratamento
Manutenção da via aérea pérvia, caso necessário, instituir oxigenioterapia a 100% (pode haver necessidade de IOT)
Antibioticoterapia empírica para Haemophilus, S. aureus, S. pneumoniae e EBHGA. Classicamente, opta-se por ceftriaxona 50 mg/kg/dia
FARINGOTONSILITE
Febre alta > 38ºC
Queda do estado geral
Linfadenopatia
Exsudato purulento em orofaringe
Odinofagia intensa
Otalgia reflexa
Complicações supurativas
Rinossinusites, otites, abscesso amigdaliano e retrofaríngeo
Complicação não supurativas
Febre reumática, glomerulonefrite pós-estreptocócica e febre escarlatina
Tratamento
ATB precoce e sintomáticos para analgesia e febre
1ª escolha: Penicilina VO, Amoxicilina VO, Penicilina G Benzatina IM
Alérgicos à penicilina: Cefalexina, claritromicina, azitromicina, clindamicina
RINOSSINUSITE
AGUDA
Dor, febre, obstrução nasal e rinorreia
Halitose, anosmia e rinorreia posterior com tosse e secreção purulenta
CRÔNICA
Rinorreia mucopurulenta, obstrução nasal, sensação de pressão na face ou periorbitária
Tosse, odinofagia secundária à irritação crônica das secreções
Complicações:
Sinais de celulite periorbitária (edema bipalpebral, quemose, diminuição da motricidade ocular e acuidade visual
Meningites, abscesso extra ou subdural, abscesso cerebral e trombose de seio sigmoide
Tratamento
Sintomáticos: Lavagem, sprays de corticoide, descongestionantes
ATB 1ª escolha: Amoxicilina; 2ª escolha: Amoxicilina com clavulanato de potássio
ATB crônica: Amoxicilina com clavulanato

Fonte: Autor

8. TESTANDO OS CONHECIMENTOS

Miguel, 4 anos, vem ao seu consultório no PSF trazido pela mãe porque, desde a noite passada, iniciou febre de 38,4° (aferida pela mãe em casa com termômetro de mercúrio), falta de ar e irritabilidade, além disso a criança não realizou o desjejum, já que sentia dor na garganta ao engolir. A mãe diz que os sintomas vêm piorando e por isso buscou atendimento. Durante o exame físico você nota que o garoto está visivelmente ansioso devido à dificuldade de respirar no padrão respiratório oral, realizando uma hiperextensão do mento e mantendo a boca aberta; há salivação; permanece com a febre alta (39,3°); está taquicárdico; não há tosse ou rouquidão; ao examinar a epiglote você a encontra edemaciada e eritematosa; ademais percebe as extremidades digitais levemente cianóticas.

1. Acerca do caso clínico acima, qual a principal hipótese diagnóstica para o quadro em questão?

a) Faringoamigdalite viral

b) Crupe

c) Epiglotite

d) Rinossinusite viral

e) Rinossinusite bacteriana

2. No que tange à adequada conduta a ser tomada, assinale o item correto.

a) Como se trata de um quadro de etiologia viral, provavelmente, a conduta deve ser expectante, atentando apenas para manutenção da via aérea pérvia e instituição de oxigênio a 100% se necessário.

b) Deve-se instituir antibioticoterapia empírica para germes gram negativos, englobando os atípicos, utilizando vancomicina para tal finalidade.

c) O tratamento é feito com umidificação das vias aéreas e, se necessário, uso de corticoesteróides como a dexametasona para controle sintomático.

d) Antibioticoterapia empírica com Cefriaxona deve ser instituída e manutenção da via aérea pérvia, podendo ser necessário IOT, dependendo da gravidade dos sintomas.

e) Antibioticoterapia empírica com amoxicilina juntamente à administração de oxigênio exógeno a 100%.

3) Em relação às principais etiologias para o diagnóstico em questão, quais são as principais causadoras desse quadro?

a) Influenza e parainfluenza.

b) S. pneumoniae e S. aureus.

c) Influenza, parainfluenza e VSR.

d) Moraxella catarrhalis e Haemophilus influenzae.

e) S. pneumoniae, S. aureus, EBHGA e Haemophilus influenza.

R: 1 – C; 2 – D; 3 – E

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHOBY B.A. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. [S.L.]: [s.n], 2013 Am Fam Physician. 2013 Aug 15;88(4):222.

COSTA, Sadu Selaimen; FRANCESCO, Renata Cantisani Di; LESSA, Marcus Miranda. Guideline IVAS: Infecções das Vias Aéreas Superiores. [S.l.: s.n.].

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES. Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo: [s.n], 2008. p. 6-59. v. 74, n. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000700002&lng=en&nrm=iso Acesso em 07.06.2021

FERRI, Juliana Johnson; MARTHA, Viviane Feller; STEFFEN, Nédio. Rinussinusites: diagnóstico e tratamento. (Porto Alegre): Acta Med, 2013. v. 34: n. 6.

FRANCESCO, Renata Cantisani Di. Rinossinusite bacteriana aguda em crianças: recomendações (Atualização de condutas em Pediatria). Sociedade de Pediatria de São Paulo – Departamento de Otorrinolaringologia. São Paulo: [s.n], 2013.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

JÚNIOR, Dioclécio Campos; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; LOPEZ, Fabio Ancona. Tratado de Pediatria. 3 ed. São Paulo: Manole, 2014.

PILTCHER, Otavio B.; COSTA, Sady Selaimen da; MAAHS, Gerson Schulz; KUHL, Gabriel. Rotinas em Otorrinolaringologia. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PILTCHER, Otavio Bejzman. How to avoid the inappropriate use of antibiotics in upper respiratory tract infections? A position statement from an expert panel. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. [S.L.]: [s.n], 2018. P. 265---279. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1808869418300260?via%3Dihub. Acesso em 07.06.2021.

PITREZ, Paulo M.C.; PITREZ, José L.B.. Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. J. Pediatr. Porto Alegre: [s.n], 2003. p. 77-86. V. 79 n 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700009&lng=en&nrm=iso Acesso em 07.06.2021.

TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL. Autoria da Associação Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial. Autoria da Associação Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial. 3ª edição. Rio de Janeiro, Elsevier, 2017.

CAPÍTULO XXIV

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-24

Autor(a): Felipe Pinheiro Mendes
Coautores: Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Natanael Ponte de Oliveira
Paula Fernanda Patriolina Teixeira de Oliveira
Orientador(a): Thamara Vieira Rolim Melo Martins

1. ASMA

1.1. INTRODUÇÃO:

Asma é uma doença heterogênea e multifatorial. Geralmente descrita como um processo inflamatório crônico das vias aéreas inferiores, decorrente de uma hiper-responsividade a alguns fatores externos desencadeantes. Reversível de forma espontânea ou com medicamentos. A sintomatologia inclui sibilos, dispneia, tosse e opressão retroesternal, subsequentes ao estreitamento brônquico ocasionado durante a inflamação, com consequente limitação variável do fluxo respiratório.

Com uma das maiores prevalências de asma no mundo em adolescentes, em torno de 20%, o Brasil ainda conta com uma grande parte dos casos sem diagnóstico. Em cerca de 12% dos casos de asma a doença é bem controlada. O pico na infância ocorre por volta dos três anos, sendo nessa faixa etária duas vezes mais frequente no sexo masculino. Entretanto, ela pode iniciar em qualquer idade, tendo incidências semelhantes em ambos os sexos no adulto. Muitos pacientes tornam-se assintomáticos durante a adolescência, podendo retornar em alguns casos na vida adulta. Entretanto, os que tiveram início quando adultos tem menor chance de se tornarem assintomáticos de forma permanente.

Por seu caráter crônico, isso implica em uma relação mais próxima com o paciente, uma vez que a visitas para acompanhamento ocorrem de forma frequente, e é essencial nesse processo que tanto o paciente quanto seus responsáveis, no caso de crianças, estabeleçam uma relação de confiança.

1.2. FATORES DE RISCO E FATORES DESENCADEANTES:

A asma conta com diversos fatores de risco, ambientais e genéticos, que se relacionam ao desenvolvimento da doença em pacientes previamente sadios. Entre eles encontramos a presença de atopia, principal fator de risco para o desenvolvimento de asma; obesidade, com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥30kg/m² e a predisposição genética, dentre outros.

Os fatores desencadeantes estão relacionados ao agravamento dos sintomas da doença em pacientes que já são asmáticos. Na tabela seguinte encontram-se exemplos de ambos:

Fatores de Risco	
Fatores Endógenos	**Fatores Ambientais**
Predisposição Genética Atopia Hiper-reatividade Sexo masculino (na infância) Etnia Obesidade	Alérgenos do ambiente doméstico Alérgenos do ambiente externo Sensibilizantes ocupacionais Tabagismo passivo Infecções respiratórias Poluição do ar (partículas de diesel, óxidos nitrogenados) Dieta Exposição a umidade e mofo Paracetamol
Fatores Desencadeantes	
Alérgenos Infecções virais das vias aéreas superiores Exercício e hiperventilação Ar frio Dióxido de enxofre e gases irritantes Fármacos (β-bloqueadores, ácido acetilsalicílico) Estresse Irritantes (aerossóis de uso doméstico, vapores de tintas)	

Fonte: Adaptado de KASPER, Dennis L. Medicina Interna de Harrison. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017. 2 v.

1.3. DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da asma é realizado de acordo com as manifestações clínicas e a presença de limitação variável do fluxo expiratório, confirmada por meio de exames de função pulmonar.

1.4. QUADRO CLÍNICO:

Os sinais e sintomas mais frequentes são sibilos à ausculta pulmonar, dispneia, tosse crônica, desconforto ou opressão torácica. Geralmente, ocorrendo à noite ou nas primeiras horas da manhã, melhorando ao longo do dia, espontaneamente ou com medicamentos. Pode ocorrer também dificuldade inspiratória, produção exacerbada de muco nas vias aéreas e

utilização da musculatura acessória para respiração. Caso a anamnese seja sugestiva mas o paciente esteja com o exame físico normal não se deve excluir o diagnóstico, devendo reavaliá-lo em outros momentos, a fim de coletar dados suficientes que possibilitem fechar o diagnóstico clínico. Histórico familiar de asma ou atopia também devem ser levados em consideração quando presentes.

Segundo a UFRS (BRASIL 2017) alguns diagnósticos diferenciais e sinais da história que reduzem a probabilidade do diagnóstico de asma são: tosse crônica isolada; dor torácica; dispneia induzida por exercício que apresenta inspiração ruidosa; expectoração crônica ou infecções de repetição, possibilidade de bronquiectasias, fibrose cística, discinesia ciliar; estridor "guincho",possibilidade de discinesia de cordas vocais; hipocratismo digital possibilidade de carcinoma brônquico, fibrose cística, doença pulmonar intersticial.

Na criança é importante que sejam feitos os questionamentos contidos na tabela seguinte:

Anamnese na Criança
Há relato de tosse persistente em horário noturno ou ao despertar?
Há relato de siblância? (atual ou histórico)
Há relato de dispneia? (atual ou histórico)
Há relato de alivio dos episódios após curto intervalo de tempo (cerca de uma hora a uma hora e meia) após a utilização de medicamentos (broncodilatador)?
Há relatos sobre despertar no meio da noite devido tosse ou dispneia?
Há relato de sibilância, aperto no peito ou tosse desencadeados após contato com poeira domiciliar, fumaça de cigarro, animais, mofo, perfumes ou por riso, choro e/ou resfriados?

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratória Crônicas. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. pp.24-46.

1.5. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:

Para a confirmação diagnóstica é necessário que sejam realizados testes funcionais, capazes de avaliar a variabilidade da limitação do fluxo expiratório, sendo a espirometria o mais utilizado entre eles. Desta forma, analisa-se o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e a CVF/VEF1 (capacidade vital forçada/VEF1).

Ademais, outro método que pode ser utilizado é o pico do fluxo expiratório (PFE) ou peak flow. Para ser obtido é necessário um cálculo envolvendo as médias diárias durante uma a duas semanas. Exemplos de excesso de variação do fluxo que são indicativos de asma estão contidos na tabela a seguir:

Evidências da Variação da Limitação do Fluxo Expiratório
VEF1/CVF menor que os parâmetros da normalidade (>0,75-0,80 para adultos e >0,90 para crianças).
Aumento no VEF1 após 10-15 da utilização de salbutamol 200-400 mcg. Adultos: VEF1≥12% do previsto e >200ml. Crianças: VEF>12% do previsto.
Aumento no VEF1 após 4 semanas de tratamento com anti-inflamatórios (sem infecções respiratórias). Adultos: VEF1≥12% do previsto e >200ml. Crianças: VEF>12% do previsto.
A variabilidade média diária diurna do PFE é > 10% em adultos e >13% em crianças.

Fonte: Adaptado de Global Initiative for Asthma [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Asthma; c2020 [cited 2019 M. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2020 update). [Adobe Acrobat document]. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf

É importante lembrar que a utilização prévia de broncodilatadores deve ser evitada antes do exame, com um tempo mínimo de 4h para os de curta duração e de 15h para os de longa duração. Outros fatores que podem alterar os resultados incluem a presença de infecções virais e as exacerbações severas, que podem diminuir a reversibilidade esperada pelos broncodilatadores utilizados durante os exames. Ademais, pacientes que possuam suspeita de tuberculose não devem realizar o exame.

1.6. AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA:

É importante manter uma avaliação contínua do paciente com asma, aproveitando-se de momentos como renovação de receita, ou em situações em que ele esteja ou tenha estado sintomático recentemente. Isso consiste em analisar principalmente dois fatores, o nível de controle dos sintomas e o risco do surgimento de novos eventos. Para isto utilizam-se ferramentas como as tabelas do Global Initiative for Asthma (GINA) mostradas a seguir.

Níveis de Controle da Asma			
Durante as últimas 4 semanas o paciente apresentou:	**Bem Controlada**	**Parcialmente Controlada**	**Não Controlada**
Sintomas diurnos >2x/semana	Nenhum item com resposta SIM	1 ou 2 itens com resposta SIM	3 ou 4 itens com resposta SIM
Acordou em decorrência da asma?			
Foi necessária medicação de alívio (SABA*) >2x/semana?			
Houve alguma limitação de atividades em decorrência da asma?			

*Short action beta agonist (SABA)

Fonte:Adaptado de Global Initiative for Asthma [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Asthma; c2020 [cited 2019 M. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2020 update). [Adobe Acrobat document]. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf

Fatores de Risco para Surgimento de Eventos Adversos	
Sintomas de asma não controlada	A presença de qualquer um destes fatores aumenta o risco de exacerbações, mesmo que o paciente se encontre pouco sintomático para a asma.
Fatores de risco potencialmente modificáveis: ▪ Medicações: técnica incorreta do inalador; alta utilização de SABA; corticoide inalatório não prescrito; má adesão. ▪ Comorbidades: refluxo gastresofágico; rinosinusite crônica; obesidade; alergia alimentar; ansiedade; depressão; gravidez. ▪ Contexto socioeconômico ▪ Exposição: alérgenos respiratórios, poluição aérea; tabagismo. ▪ Função pulmonar: baixo VEF1 (principalmente se <60% do previsto); alta reversibilidade. ▪ Outros testes: presença de eosinofilia no sangue ou escarro; altos níveis de óxido nítrico exalado em pacientes que fazem uso de corticoide inalatório.	
Internação em decorrência de asma ou ≥1 episódio severo de exacerbação nos últimos 12 meses.	
Fatores de risco para desenvolvimento de limitação do fluxo respiratório: ▪ Parto prematuro, baixo peso ao nascer, grande ganho de peso durante a infância. ▪ Não utilização do corticoide inalatório (caso necessário). ▪ Exposição ao tabaco, químicos nocivos e exposição ocupacional. ▪ Baixo VEF1. ▪ Hipersecreção mucosa crônica. ▪ Eosinofilia no sangue ou escarro.	
Fatores de risco quanto aos efeitos colaterais das medicações: ▪ Sistêmicos: utilização frequente de corticoide oral; utilização exacerbada de corticoide inalatório; utilização de inibidores da P450. ▪ Locais: uso exacerbado de corticoide inalatório; técnica inadequada do uso do inalador.	
A avaliação dos fatores de risco deve ocorrer no momento do diagnóstico e de forma periódica, a cada 1-2 anos, principalmente naqueles pacientes que já tiveram exacerbações.	

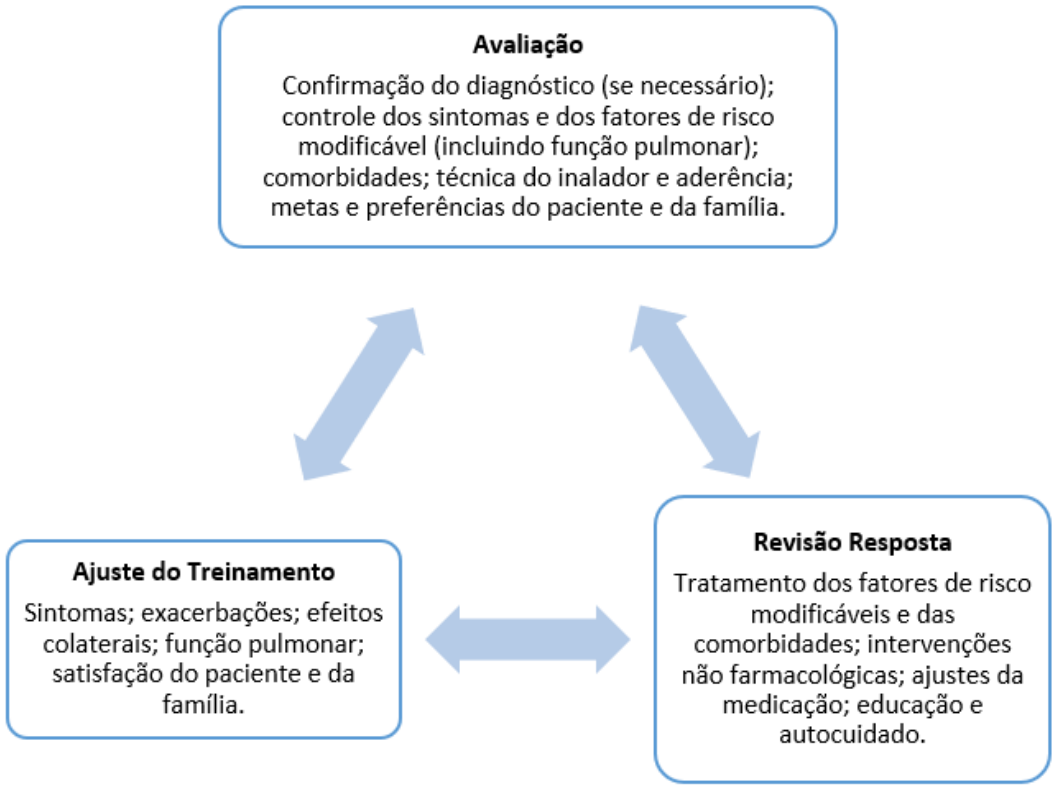
Fonte: Adaptado de Global Initiative for Asthma [homepage on the Internet]. Bethesda: Pocket Guide for Asthma Management and Prevention; c2020 [cited 2019 M. APocket Guide for Health Professionals (2020 update). [Adobe Acrobat document]. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/Main-pocket-guide_2020_04_03-final-wms.pdf

Durante o estabelecimento do diagnóstico é importante que tenha sido realizado uma espirometria antes do início do tratamento, devendo ser solicitada outra 3 a 6 meses após o controle obtido com o tratamento. Desta forma, se mantém registrada a melhor de função pulmonar do paciente, devendo-se continuar a realizar tal avaliação periodicamente.

1.7. MANEJO:

Nesta etapa o maior objetivo é o controle dos sintomas e a redução dos fatores de risco. Desta forma, é importante que questões e preferências pessoais do paciente sejam levadas em conta, uma vez que uma atenção individualizada auxilia na boa relação médico paciente, promovendo melhores desfechos.

Como é dito no GINA 2020, o controle da doença se baseia em um ciclo de avaliações, ajuste do tratamento e revisão da resposta terapêutica.



Fonte: Adaptado de Global Initiative for Asthma [homepage on the Internet]. Bethesda: Pocket Guide for Asthma Management and Prevention; c2020 [cited 2019 M. APocket Guide for Health Professionals (2020 update). [Adobe Acrobat document]. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/Main-pocket-guide_2020_04_03-final-wms.pdf

É importante que a abordagem educativa esteja sempre presente durante as consultas, seja durante a etapa de formação do diagnóstico seja durante os acompanhamentos. Uma das principais causas de não eficácia do tratamento são causas como técnica incorreta de uso do inalador e não adesão ao tratamento proposto. Deste modo, é necessário que tais assuntos sejam abordados de forma constante no ambulatório do paciente com asma, envolvendo não só o paciente como também o seu cuidador, mostrando a ele como utilizar o inalador e pedindo que ele demonstre para você como ele faz em domicílio. Além disso, é importante manter por escrito um plano de ação, contendo as medicações usuais e as condutas de como proceder em caso de crises de exacerbação.

Uma abordagem integral, que atenda o paciente tanto nos aspectos psicossociais e emocionais associados à doença, se faz necessária. Nesse contexto, deve-se incluir também a família, que apresenta questionamentos e inseguranças quanto ao ente adoecido. A educação e o esclarecimento em relação à doença são fundamentais, devendo desenvolver-se na consulta um ambiente que lhes deixe confortáveis para expressar seus anseios e sanar suas dúvidas.

Outras importantes medidas para minimizar os riscos de exacerbação consistem em tratar alguns fatores de risco modificáveis e em estratégias de intervenção não farmacológicas, incluindo: 1. Cuidar de fatores ambientais, como a presença de alérgenos na casa do paciente, além de realizar o tratamento adequado na concomitância de atopias; 2. Evitar tabagismo, tanto ativo quanto passivo; 3. Utilizar as medicações de maneira correta; 4. Realizar atividade física de forma regular, devendo evitar durante dias frios ou com baixa umidade, sendo necessário fazer as devidas recomendações em relação ao tratamento da broncoconstricção desencadeada pelo exercício; 5. Perder peso, em caso de pacientes obesos uma diminuição de 5-10% já mostra resultados benéficos; 6. Evitar ácido acetil salicílico em pacientes que apresentam exacerbações em decorrência do uso dessa droga; 7. Cumprir o calendário vacinal para influenza, anual, e pneumocócica-23, dose única com reforço após 5 anos.

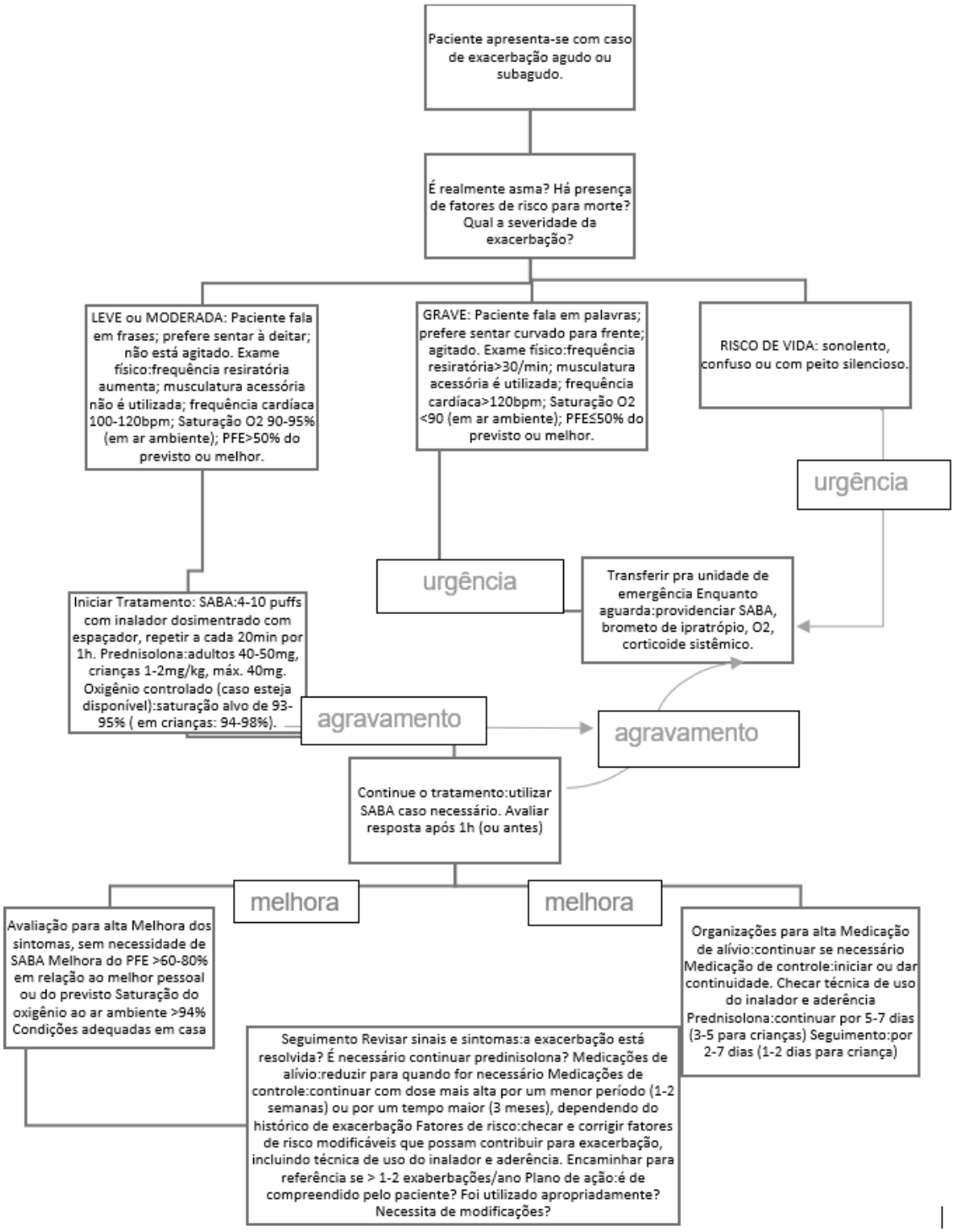
O tratamento farmacológico deve ser associado a todas essas medidas, consistindo basicamente de dois tipos de medicação, uma com o intuito de controlar a doença e prevenir possíveis crises de exacerbação, e outra para gerar alívio durante tais crises. Quanto a via de administração pode ser inalatória, oral ou parenteral, sendo a primeira preferível, uma vez que tem menos efeitos colaterais, menor efeito sistêmico e melhor eficácia.

Tratamento de Manutenção
Para todos os pacientes é necessário manter o controle ambiental e as reavaliações de controle da asma de forma periódica. No caso de estar bem controlada, após 3 meses, deve-se tentar diminuir a medicação, observado se o paciente consegue ficar controlado com uma dose menor. Caso ele esteja parcialmente controlado deve-se refletir sobre a possibilidade de aumentar para a etapa seguinte, e nos casos de doença não controlada deve-se aumentar para o próximo passo. Nessas situações, caso a falta de controle esteja presente nos últimos 2-3 meses, é necessário avaliar condições como a aderência do paciente ao tratamento; a forma como ele usa o inalador; a presença de fatores de risco modificáveis; e o controle de suas comorbidade, para que se possa seguir para o próximo passo.
Step 1: Deve-se iniciar o tratamento pelo Step 1 nos >6 anos em casos de sintomas <2x/mês e sem fatores de risco para exacerbação. Adolescentes e adultos: CI* + formoterol em dose baixa, quando necessário. Outras opções: CI (em dose baixa) + SABA**, quando necessário. Crianças 6 a 11 anos: CI (baixa dose) + SABA, quando necessário OU doses baixas diárias de CI. Crianças <6 anos: SABA, quando necessário (casos de sibilância viral ou raros episódios de sintomas).
Step 2: Deve-se iniciar o tratamento pelo Step 2 nos > 6 anos em casos de sintomas >2x/mês, mas que não ocorrem diariamente. Adolescentes e adultos: CI (dose baixa diária) + SABA (quando necessário) OU dose baixa de CI+formoterol, quando necessário. Outras opções: baixas doses de CI quando for utilizar SABA OU montelucaste + SABA, quando necessário. Crianças 6 a 11 anos: CI (dose baixa diária) + SABA por demanda. Outras opções: baixas doses de CI quando for utilizar SABA OU montelucaste + SABA, quando necessário. Crianças <6 anos: deverá ser realizado em caso de asma não controlada OU 3 exacerbações por ano. CI (dose baixa) + SABA por demanda. Outras opções: montelucaste OU CI (intermitente) + SABA por demanda.
Step 3: Deve-se iniciar o tratamento pelo Step 3 nos >6 anos em casos de os sintomas estarem presentes na maioria dos dias, ou no caso de o paciente acordar 1x por semana em decorrência da asma. Adolescentes e adultos: CI+LABA***+SABA, quando necessário OU CI (dose baixa) +formaterol de manutenção e resgate. Outras opções: dose média de CI+SABA, quando necessário OU dose baixa de CI + montelucaste + SABA, quando necessário. Crianças 6 a 11 anos: CI (dose baixa) + LABA OU CI (dose média) + SABA por demanda. Outras opções: CI (baixa dose) + montelucaste + SABA por demanda. Crianças <6 anos: em casos de asma mal controlada com CI (dose baixa). Dobrar a dose do CI + SABA por demanda. Outras opções: CI (dose baixa) + montelucaste + SABA por demanda, considerar encaminhamento para especialista.
Step 4: Deve-se iniciar o tratamento pelo Step 4 nos >6 anos em casos de os sintomas estarem presentes na maioria dos dias, ou no caso de o paciente acordar 1x por semana em decorrência da asma, ou em caso de baixa função pulmonar. Adolescentes e adultos: CI (dose média) + LABA + SABA (de resgate) OU CI (dose média) + formoterol de manutenção + CI (dose baixa) + formoterol (de resgate). Outras opções: CI (dose alta) e adicionar tiotrópico ou montelucaste. Crianças 6 a 11 anos: CI (dose média) + LABA +SABA por demanda, realizar encaminhamento para especialista. Outras opções: CI (dose alta) + SABA por demanda, adicionar tiotrópico ou montelucaste. Crianças <6 anos: manter tratamento e encaminhar para especialista. Outras opções: adicionar montelucaste, aumentar dose de CI ou adicionar CI intermitente.
Step 5:

Tratamento de Manutenção
Adolescentes e adultos: CI (dose alta) + LABA, adicionar tiotrópico, Fenotipar anti-IgeE ou anti-IL5 OU anti –IL4. Outras opções: utilizar também o CO ****(dose baixa). Crianças 6 a 11 anos: Realizar fenotipagem e adicionar o anti-IgE. Outras opções: adicionar mepolizumabe OU CO em dose baixa, deve-se considerar os efeitos adversos.
*Corticóide inalatório (CI); **Short-acting beta-agonist (SABA) ou beta agonista de curta duração; ***Long-acting beta-agonist (LABA) ou beta agonista de longa duração; **** Corticóide oral (CO).

Fonte: Adaptado de PIZZICHINI M.M.M. et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - 2020. J Bras Pneumol. 2020;46(1):e20190307 e de Global Initiative for Asthma [homepage on the Internet]. Bethesda: Pocket Guide for Asthma Management and Prevention; c2020 [cited 2019 M. APocket Guide for Health Professionals (2020 update). [Adobe Acrobat document]. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/Main-pocket-guide_2020_04_03-final-wms.pdf

Crise de Exacerbação: A exacerbação da asma constitui uma agudização dos sintomas e do quadro de obstrução das vias aéreas do paciente. Em alguns casos ele também pode ocorrer como apresentação inicial da doença. É importante que ela seja identificada e tratada o mais precocemente possível.



Fonte: Adaptado de Global Initiative for Asthma [homepage on the Internet]. Bethesda: Pocket Guide for Asthma Management and Prevention; c2020 [cited 2019 M. APocket Guide for Health Professionals (2020 update). [Adobe Acrobat document]. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/Main-pocket-guide_2020_04_03-final-wms.pdf

2. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

2.1. INTRODUÇÃO:

A DPOC é uma doença caracterizada por uma limitação fixa ao fluxo aéreo pulmonar, parcialmente reversível e geralmente progressiva que repercute sistemicamente. Essa limitação é causada por uma associação entre bronquite crônica obstrutiva (doença de pequenos brônquios) e enfisema (destruição de parênquima), sendo o principal fator de risco conhecido o tabagismo.

Estima-se que, no mundo, a prevalência seja de 210 milhões, representando a 4ª causa de mortalidade (4,8%), enquanto no brasil, a prevalência estimada é de 7,5 milhões. Não obstante seja uma enfermidade comum, ainda é significativamente subdiagnosticada – fato que prejudica não apenas o auxílio prestado a esses pacientes, mas também os dados epidemiológicos e o desenvolvimento de políticas públicas. A quantidade de internações hospitalares e o tempo de permanência são outras variáveis importantíssimas quando se avalia a doença dentro do contexto do SUS.

Por tratar-se de uma condição prevenível e tratável, os profissionais da atenção primária são impelidos a manejarem adequadamente tanto os pacientes que já desenvolveram, quanto os que estão em risco para desenvolver a doença, visando a retirar os fatores de risco para a doença (prevenção primária), realizar o diagnóstico precoce dos doentes (prevenção secundária) e fornecer um adequado tratamento e reabilitação funcional dos mesmos (prevenção terciária).

2.1.1. FATORES DE RISCO:

-Tabagismo: responsável por 80 a 90% das causas determináveis da DPOC.

-Poluição domiciliar (fumaça de lenha, querosene).

-Exposição ocupacional a poeiras e produtos químicos ocupacionais.

-Infecções respiratórias recorrentes na infância.

-Deficiências genéticas (responsáveis por menos de 1% dos casos), como de alfa1 antitripsina.

-Suscetibilidade individual.

-Desnutrição na infância.

2.2. CONDUTA:

2.2.1. DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da DPOC é essencialmente clínico e deveria ser considerado para todas as pessoas expostas ao tabagismo ou poluição ocupacional que apresentam dispneia, tosse crônica e expectoração.

Embora os critérios clínicos sejam suficientes para estabelecer diagnóstico, recomenda-se a realização de espirometria para confirmação, procedimento ainda de difícil acesso na atenção primária.

O exame deve ser realizado em todos os pacientes fumantes e ex-fumantes com mais de 40 anos de idade, que apresentem um ou mais dos indicadores apesentados no quadro 1 durante a anamnese inicial.

Quadro 1 - Principais indicadores para diagnóstico da DPOC segundo a GOLD

Dispneia	Progressiva (piora ao longo do tempo) Geralmente piora com exercícios Persistente (presente todos os dias) Descrita pelos pacientes como “esforço aumentado para respirar”, “fraqueza”
Tosse crônica	Pode ser intermitente e pode ser não produtiva
Expectoração crônica	Qualquer padrão
História de exposição crônica a fatores de risco	Tabagismo Poeiras ocupacionais Fumaça intradomiciliar (fogão a lenha, carvão, combustível)

Legenda: GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (adaptado da referência 12)

Espirometria: os pacientes com DPOC normalmente apresentam relação VEF1 /CVF (volume expiratório forçado no primeiro segundo/capacidade vital forçada) abaixo de 0,70, caracterizando obstrução. A diminuição do VEF1 reflete a intensidade da obstrução. A ausência de resposta ao broncodilatador inalatório (400µg de salbutamol), 15 minutos após a espirometria simples, contribui para o diagnóstico diferencial de asma em favor da DPOC.

Radiografia: costuma contribuir pouco para o diagnóstico, visto que achados radiológicos são, em geral, manifestações tardias, sendo as principais alterações sugestivas da DPOC a hiperinsuflação pulmonar, a presença de bolhas e as alterações vasculares. O maior valor deste exame, contudo, reside no fato de ser útil para o diagnóstico diferencial, permitindo excluir pneumonias, insuficiência cardíaca e pneumotórax. A tomografia permite

uma visualização direta das alterações sugeridas pela radiografia, muito embora seja um exame mais indicado para o ambiente especializado e não para a atenção primária.

Bacteriosciopia e cultura de escarro: pode ser útil para o diagnóstico diferencial de tuberculose ou outras infecções. Está indicada para os casos nos quais haja falha no tratamento das exarcebações.

2.2.2. CLASSIFICAÇÃO:

A classificação da DPOC é um passo importante na estratificação do risco desses pacientes, permitindo um manejo adequado. Definem a gravidade da DPOC as seguintes variáveis: grau de obstrução brônquica, dispneia, número de exarcebações ocorridas no ano anterior, avaliação do estado de saúde pela DPOC e comorbidades, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação da gravidade da DPOC
Legenda: MRCm: Escala de dispneia do Medical Research Council modificada; VEF1 %: percentual do volume expiratório forçado no primeiro segundo; pósBD: após o uso de broncodilatador; CAT: COPD Assessment Test; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; IAM: infarto agudo do miocárdio. (Adaptado da referência 6)

A gravidade da obstrução brônquica é determinada pela medida do VEF1% pós broncodilatador. A dispneia é mensurada através da escala MRCm, considerando-se os graus 0 e 1 como leve, 2 como moderada, 3 como grave e 4 como muito grave (Quadro 3). O risco de exacerbação se avalia pela história de exacerbações ou hospitalizações no último ano (≥2 exacerbações ou ≥1 hospitalização por exacerbação como indicador de doença grave ou muito grave). Já a avaliação do estado de saúde se dá por meio do CAT – COPD Assessment Test –, questionário que avalia o impacto da doença na qualidade de vida do paciente mediante suas respostas a 8 perguntas, nas quais o paciente escolhe entre uma pontuação de 0 e 5 para cada uma, conforme consta no Quadro 4. Se há discrepância entre a intensidade das variáveis deve-se usar para definir a gravidade aquela com pontuação mais elevada.

Variáveis	**Classificação da gravidade**			
	LEVE	MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Dispneia (MRCm)	0-1	2	3	4
VEF1% (pós-BD)	>80	80-51	50-30	<30
História exacerbação	-	-	≥2 exacerbações ou ≥1 hospitalização por exacerbação	
CAT	6-10	11-20	21-30	31-40
Comorbidades	ICC, arritmias cardíacas, IAM, diabetes, osteoporose, câncer de pulmão, depressão ou ansiedade			

Conquanto seja variável a prevalência de comorbidades nos pacientes com DPOC, sabe-se que elas são muito frequentes e que, em conjunto com as outras variáveis, ajudam a definir um quadro como grave, especialmente as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer de pulmão, a osteoporose, a artrite e os transtornos psiquiátricos (ansiedade e depressão).

Quadro 3 - Escala de dispneia do Medical Research Council modificada

Pontuação	Atividade
0	Dispneia a exercícios intensos
1	Dispneia andando rápido no plano ou subindo aclives leves
2	Andar mais lentamente que pessoas da mesma idade devido a dispneia ou parar para respirar andando normalmente no plano
3	Parar para respirar após caminhar uma quadra (90 ou 120 metros) ou após poucos minutos no plano
4	Não sair de casa devido a dispneia ou dispneico ao se vestir

Quadro 4 - COPD Assessment Test (CAT)

Nunca tenho tosse	0 1 2 3 4 5	Estou sempre tossindo
Não tenho nenhuma expectoração	0 1 2 3 4 5	Meu peito está cheio de expectoração
Não sinto nenhum aperto no peito	0 1 2 3 4 5	Sinto um grande aperto no peito
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0 1 2 3 4 5	Quando subo uma ladeira ou lance de escadas sinto muita falta de ar
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0 1 2 3 4 5	Sinto-me limitado nas minhas atividades em casa
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0 1 2 3 4 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa devido à minha doença pulmonar
Durmo profundamente	0 1 2 3 4 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar
Tenho muita energia	0 1 2 3 4 5	Não tenho nenhuma energia

2.2.3. TRATAMENTO:

2.2.3.1. NÃO-FARMACOLÓGICO:

Em se tratando de uma doença crônica progressiva, é fundamental o acompanhamento continuado da equipe de atenção primária, principalmente visando a retirar os fatores de risco. A interrupção do tabagismo é a única intervenção comprovadamente capaz de reduzir a progressão da doença.

Recomenda-se estimular a autonomia dos pacientes, orientando sobre os fatores de risco, especialmente o tabagismo, além das características da doença, metas do tratamento, uso correto dos dispositivos inalatórios, reconhecimento e o tratamento de exacerbações e estratégias para minimizar as crises. Para aqueles pacientes com doença muito grave, os familiares e cuidadores devem ser orientados quanto à oxigenoterapia domiciliar.

Todos os pacientes com DPOC deveriam ser encorajados a manter atividade física regular e um estilo de vida saudável. Aqueles pacientes que têm dificuldade em manter uma atividade física por falta de ar, apesar da otimização do tratamento medicamentoso, deveriam participar de um programa supervisionado de reabilitação. Reabilitação pulmonar de paciente com DPOC compreende a realização de fisioterapia pulmonar, apoio psicossocial, abordagem nutricional, educação sobre a doença e oxigenoterapia quando necessário. Para tanto, é preconizado o apoio da equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2.2.3.2. FARMACOLÓGICO:

O pilar do tratamento dos pacientes com DPOC são os broncodilatadores de longa duração. Os broncodilatadores de curta duração devem ser usados apenas como resgate em pacientes muito sintomáticos. Aqueles com doença leve devem usar um broncodilatador de longa duração, podendo ser escolhido qualquer LABA ou LAMA. Pacientes com doença moderada podem iniciar a terapia associando 2 broncodilatadores (sempre um de cada classe) ou podem começar com apenas 1 broncodilatador. Os pacientes graves e muito graves devem receber 2 broncodilatadores sempre. Caso sejam pacientes exacerbadores, devem receber corticoide inalatório associado (terapia tripla). A despeito da terapia tripla, os que mantêm exacerbações ou sintomas de bronquite crônica, devem receber roflumilaste. Todos os pacientes devem ser reavaliados a cada 6 meses e, em caso de manutenção dos sintomas, devem ter o esquema revisto.

Os pacientes com histórico de asma associada devem receber corticoide inalatório independente da gravidade do caso. Os pacientes com deficiência de AAT e mutação homozigótica Z (Pi*ZZ), devem receber reposição de alfa-1 antitripsina semanal, de forma contínua. Todos os parentes de primeiro grau devem realizar rastreio para mutação do gene SERPINA 1.

É importante ressaltar que algumas alterações do Protocolo GOLD vigente no tocante ao tratamento ainda estão sendo avaliadas na prática clínica e, portanto, foram preteridas em relação ao tratamento já sabidamente eficaz.

Quadro 5

<table>
<tr><th colspan="5">TRATAMENTO</th></tr>
<tr><td></td><td>Leve</td><td>Moderado</td><td>Grave</td><td>Muito Grave</td></tr>
<tr><td>Dispneia (MRCm)</td><td>0 - 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr>
<tr><td>Obstrução (VEF_1% pós-BD)</td><td>>80%</td><td><80% a >50%</td><td><50% a >30%</td><td>≤30%</td></tr>
<tr><td colspan="3">Tratamento Farmacológico</td><td colspan="2">Tripla
(LAMA + LABA + CI)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Monoterapia
broncodilatador
(LAMA ou LABA)</td><td colspan="2">Dupla
(LAMA +LABA)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Orientações nos pacientes com exacerbações</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">Exacerbações (ou hospitalizações) no último ano</td><td colspan="2">≥2 exacerbações ou
≥1 hospitalização por exacerbação</td></tr>
<tr><td>Dispneia 0-2
(VEF_1 > 50%)</td><td>Dispneia 3-4
(VEF_1 ≤ 50%)</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">Tratamento Farmacológico</td><td colspan="2">Tripla (associar Roflumilaste)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dupla (LAMA +LABA)
Terapia combinada (LAMA + CI)
Monoterapia (LAMA)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Orientações comuns para todos os estágios</td></tr>
<tr><td colspan="5">Educação para o autocuidado / Cessação do tabagismo e exposição à biomassa / Exercício físico regular
(5 vezes por semana durante 30 minutos) / Vacinação contra Influenza / Nutrição equilibrada</td></tr>
</table>

Legenda: VEF1: volume expiratório forçado no 1º segundo; BD: broncodilatador; MRCm: Medical Research Council modificada; LABA: β2-agonistas de longa duração de ação; LAMA: Antimuscarínicos de ação prolongada.

3. CASO CLÍNICO:

Joaquim, 25 anos, chega ao seu consultório queixando-se de nariz correndo, prurido ocular e tosse e sibilância ao esforço há três meses. Esses sintomas têm piorado de forma progressiva. Sua história médica pregressa é significativa por alergias sazonais.. Sua história social é positiva para tabagismo, tendo iniciado há 2 anos, e atualmente fuma 4 anos/maço.

Nos últimos seis meses, está trabalhando como técnico de um laboratório animal. Questionado, diz que inicialmente seus sintomas pioravam no final da semana de trabalho, mas que agora são contínuos. Na revisão de sistemas, notou urticária, que diminuiu agora que está tomando anti-histamínicos regularmente. Suas conjuntivas estão hiperêmicas e os cornetas nasais muito edemaciados. O exame pulmonar revela uma razão prolongada inspiração-expiração e sibilância no final da expiração (Caso Clínico adaptado).

1. **Com base na história, qual seria o diagnóstico mais provável e um possível resultado da espirometria após 15 minuto de salbutamol?**
   a) DPOC. Espirometria com VEF1≥12% do previsto e >200ml, relação VEF1/CVF menor que o normal mas >0,75-0,8.
   b) Asma alérgica. Espirometria com VEF1≤12% do previsto, relação VEF1/CVF <0.7.
   c) Asma alérgica ocupacional. Espirometria com VEF1≥12% do previsto e >200ml, relação VEF1/CVF menor que o normal mas >0,75-0,8.
   d) DPOC. Espirometria com VEF1≤12% do previsto, relação VEF1/CVF <0.7.
   e) Asma alérgica ocupacional. Espirometria sem alterações após o uso do broncodilatador.
2. **Quais medidas devem ser tomadas na condução desse paciente?**
   a) Iniciar tratamento com doses baixas de corticoide inalatório + formoterol sob demanda, reavaliando-o posteriormente. Deve-se também orientá-lo a retirar-se de sua atividade de técnico de laboratório animal.
   b) Deve-se indicar corticoide inalatório em dose baixa associado a LABA e SABA por demanda.
   c) Iniciar tratamento com doses baixas de corticoide inalatório + formoterol sob demanda, reavaliando-o posteriormente.
   d) Deve-se conscientizar o paciente acerca da necessidade de trocar de profissão
   e) Deve-se orientá-lo a continuar de forma contínua o uso de anti-histamínicos.
3. **Para uma futura avaliação do nível de controle da asma do paciente, quais dos seguintes itens NÃO faz parte dos critérios?**
   a) Necessária medicação de alívio (SABA) >2x/semana
   b) Sintomas diurnos >2x/semana
   c) Desencadeamento de crise em decorrência de exercício físico
   d) Acordar em decorrência da asma

e) Presença de alguma limitação de atividades em decorrência da asma

Gabarito: 1C, 2A, 3C.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratória Crônicas. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FARESIN, Sonia Maria; SANTORO, Ilka Lopes; LLARGES, Célia Mallart; PERFEITO, João Aléssio Juliano. Guia de Pneumologia. 2 ed. Barueri: Editora Manole Ltda, 2014

FERNANDES FLA et al. Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas. Jornal Brasileiro de Pneumologia.[S.L.]: [s.n], 2017. P. 290-301

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. Bethesda: Global Initiative for Asthma. [S.L.]: [s.n], 2020. Disponível em: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf>. Acesso em 07.06.2021.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. Bethesda: Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. [S.L.]: [s.n], 2020. Disponível em: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/Main-pocket-guide_2020_04_03-final-wms.pdf. Acesso em 07.06.2021.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Disponível em https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf. Acesso em 07.06.2021.

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. Cecil Medicina. 24 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2014.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KASPER, Dennis L. Medicina Interna de Harrison. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017. 2 v.

MACHADO D.C.; CAMILO G.B.; NORONHA A.J. et al . Diagnóstico Radiológico da DPOC. Rio de Janeiro: [s.n], 2013. P.45-49.

OBA Y., SARVA S.T., DIAS S. Efficacy and safety of long-acting β-agonist/ long-acting muscarinic antagonist combinations in COPD: a network meta-analysis. Thorax. 2016;71(1):15-25 https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2014-206732

PIZZICHINI M.M.M. et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - 2020. J Bras Pneumol. [S.L.]: [s.n], 2020.

SILVA C.I.S.; D'IPPOLITO G.; ROCHA A.J. Tórax. Série Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. [S.L]: Elsevier, 2010.

SILVA G.P.F.; MORANO M.T.A.P.; VIANA C.M.S. et al. Validação do Teste para Avaliação da DPOC em português para uso no Brasil. J Bras Pneumol. [S.L]: [s.n.], 2013. P. 402-408.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Prática Pneumológica. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Protocolo de diagnóstico e tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica da Sociedade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n], 2018.

TOY, Eugene C.; BRISCOE, Donald; BRITTON, Bruce, et al. Casos Clínicos em Medicina de Família e Comunidade. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Telecondutas asma. Porto Alegre: versão digital, 2017.

VOGELMEIER C.F.; CRINER G.J.; MARTÍNEZ F.J.; ANZUETO A.; BARNES P.J.; BOURBEAU J. et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. The Eur Respir J. [S.L.]: [s.n], 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1183/13993003.00214-2017. Acesso em 07.06.2021.

CAPÍTULO XXV

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-25

Autor(a): Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Coautores: Jamine Yslailla Vasconcelos Rodrigues
Pedro Túlio Monteiro Araújo
Samuel da Costa Fernandes
Orientador(a): Thamara Vieira Rolim Melo Martins

1. INTRODUÇÃO

As pneumonias são infecções agudas de vias aéreas inferiores que acometem o parênquima pulmonar e a causa mais frequente de hospitalização por causas respiratórias no Brasil. A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) se refere à infecção que acontece fora do ambiente hospitalar ou que surge nas primeiras 48 horas na admissão hospitalar. No Brasil, a pneumonia em geral (PAC e nosocomial) foi responsável por 14,2% dos óbitos nos pacientes internados por causas respiratórias, em 2002. Ressalta-se também que pacientes de extremos de idade e imunocomprometidos são enquadrados em condições que representam fatores de risco para PAC grave e maior possibilidade de internação.

Inúmeros agentes etiológicos podem estar envolvidos na PAC. Tendo como parâmetro a realidade da Atenção Primária, os microorganismos mais envolvidos e suas frequências na população geral são: *S. pneumoniae* (22%), *M. pneumoniae* (18%), *C. pneumoniae* (16%), *vírus respiratórios* (10%) e *H. influenzae* (4%);

A Atenção Primária tem suas ações focadas na suspeição clínica dos casos de PAC, pronto reconhecimento dos sinais de gravidade e indicação do local adequado para tratamento, bem como iniciar terapêutica empírica indicada em cada situação dos tratamentos ambulatoriais, além de reavaliar esses pacientes de forma incisiva e evitar desfechos desfavoráveis em todos os universos de apresentação de sintomas.

2. QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da PAC, antes classificado em típico e atípico, é fortemente influenciado pelo agente etiológico envolvido na infecção. Pneumococos costumam causar sinais e sintomas típicos da pneumonia, embora bactérias atípicas com Micoplasma, Clamidia e Legionela possam manifestar quadros inespecíficos com acometimento insidioso, grave e sistêmico, o que dificulta o diagnóstico.

Sintomas agudos no trato respiratório inferior como tosse, expectoração, dispneia ou dor torácica podem estar presentes. A tosse é tipicamente produtiva em crianças mais velhas e adultos e seca em lactentes, crianças mais jovens e idosos. A dispneia é leve frequentemente relacionada ao esforço. A dor torácica é pleurítica e adjacente à área infectada. A pneumonia pode se manifestar como dor abdominal superior quando a infecção do lobo inferior irrita o diafragma. Sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreia são comuns.

Os sintomas tornam-se variáveis nos extremos das idades. A infecção em recém-nascidos pode se manifestar com irritabilidade e inquietação, já nos idosos, a manifestação pode ser confusão e obnubilação. A febre frequentemente está ausente nos idosos. Achados focais no exame físico do tórax podem ser evidenciados, como frêmito tóraco-vocal aumentado à palpação, macicez à percussão e estertores e/ou broncofonias à ausculta. Pelo menos uma alteração sistêmica como confusão, sudorese, cefaleia, mialgias ou temperatura acima de 37,8°C podem fazer parte do quadro clínico, estando ausente em idosos na maioria das vezes. Sinais de derrame pleural também podem estar presentes. Batimento de asa de nariz, uso de músculos acessórios e cianose são comuns em crianças. Na radiografia de tórax podem ser evidenciados com mais frequência infiltrados multilobulares do tipo consolidação em padrão acinar (foto 1), sugestivos de infecção pelo *S. pneumoniae.* Inclusive é importante citar que a melhora radiológica demora bem mais que a melhora clínica, em torno de 2 semanas em metade dos casos. Em pacientes com mais de 50 anos e/ou tabagistas, existe a recomendação de realizar uma radiografia após 6 semanas do quadro, para investigar carcinoma brônquico.

Foto 1 - PAC com infiltrados consolidativos de padrão acinar

Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

3. CONDUTA CLÍNICA

O diagnóstico da PAC é definidamente clínico. Deve-se realizar anamnese e exame físico adequados e orientados, na busca de um conjunto de sinais ou sintomas que deem suporte à suspeita clínica de PAC. Exames complementares como medidas de oxigenação, exames laboratoriais e de pesquisa etiológica, e provas de função pulmonar podem auxiliar na tomada de decisão diagnóstica e terapêutica da PAC. Laboratorialmente, pode-se evidenciar leucocitose, com neutrofilia e desvio à esquerda. Porém, na realidade da Atenção Primária, a radiografia de tórax é suficientemente útil se estiver disponível, lembrando que o diagnóstico etiológico e os achados laboratoriais e de imagem não são decisivos no diagnóstico e na tomada de medidas terapêuticas nesses serviços, visto que o exame clínico bem feito já oferece subsídios para tal.

O médico de Família e Comunidade deve, prioritariamente, analisar a gravidade e decidir o local mais adequado para a realização do tratamento de crianças e adultos com PAC, por meio do reconhecimento de sinais de alarme que predizem gravidade (Tabela 1) e que necessitam de encaminhamento para cuidado hospitalar.

Tabela 1 - Sinais de Alarme/gravidade

Paciente	
Crianças	**Adultos**
Idade < 2 meses	Taquipneia
Tiragem subcostal	Taquicardia
Convulsões	Hipotensão
Sonolência	Sinais de toxemia

Paciente	
Crianças	**Adultos**
Estridor em repouso	Sinais de choque
Impossibilidade de ingestão de líquidos	Confusão mental ou desorientação
Sinais de hipoxemia	Hipotermia
Doença de base debilitante	Infiltrado multilobular radiológico
Falha de terapêutica ambulatorial	Uremia
Derrame pleural, abscesso pulmonar	Leucopenia
Apoio familiar precário	Trombocitopenia

Fonte: Adaptada de Gusso et al. Tratado de Medicina de Família (2ª Edição)

Em crianças abaixo de 2 meses, deve-se considerar gravidade e encaminhar para cuidado hospitalar imediatamente, devido ao risco de infecção por agentes Gram-negativos, Estreptococos β hemolíticos e Staphylococcus aureus. Em crianças acima de dois meses, classifica-se em pneumonia, pneumonia grave ou pneumonia muito grave, tendo suas condutas orientadas por essa classificação de acordo com os critérios diagnósticos apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Classificação de risco de PAC em crianças

Sinal ou sintoma	Classificação	Conduta
Cianose central	Pneumonia muito grave	Dar 1° dose de antibiótico na UBS
Dificuldade respiratória		Referenciar com urgência para hospital
Incapacidade de beber		
Tiragem Subcostal	Pneumonia grave	Dar 1° dose de antibiótico na UBS
		Referenciar com urgência para hospital
Respiração rápida:	Pneumonia	Dar 1° dose de antibiótico na UBS e manter por 7 dias
> 60/minuto: 0 a 2 meses		
> 50/minuto: 3 a 12 meses		Aliviar a tosse com medidas caseiras
> 40/minuto: 13 meses até 5 anos		Informar à mãe condições de retorno
> 30/minuto: 6 a 8 anos		Se houver sibilância, tratar com bronco-dilatador por 5 dias
> 25/minuto: a partir de 8 anos		
Estertores crepitantes à ausculta		Marcar retorno em 2 dias

Fonte: Adaptada de Gusso et al. Tratado de Medicina de Família (2ª Edição).

Para o manejo de PAC em adultos, alguns scores são úteis para auxiliar as condutas médicas, como o PSI (Pneumonia Severity Index) (Tabela 3), o CURP-65 (Tabela 4) e o CRP-65.

Tabela 3 - Escore PSI para avaliar PAC

	Pontos
Sexo Masculino	Idade
Sexo Feminino	Idade - 10
Reside em abrigo	+ 10
Doença Neoplásica	+ 30
Doença Hepática	+ 20
Insuficiência cardíaca	+ 10
Doença cerebrovascular	+ 10
Doença renal	+ 10
Confusão mental	+ 20
FR maior ou igual a 30mrpm	+ 20
PAS menor ou igual 90 mmHg	+ 20
Temperatura menor/igual 35 e 40	+ 15
FC maior ou igual 125 bpm	+ 10
pH < 7,25	+ 30
Ureia maior ou igual 70 mg%	+ 20
Sódio menor 130 mEq/L	+ 20
Glicose maior 250 mg%	+ 10
Hematócrito menor 30%	+ 10
PaO2 menor que 60 mmHg ou SpO2 90%	+ 10
Derrame Pleural	+ 10
Total de Pontos	

Fonte: Adaptada de Gusso et al. Tratado de Medicina de Família (2ª Edição) FR: Frequência respiratória; PAS: Pressão arterial sistólica; FC: Frequência cardíaca

O escore PSI *(Pneumonia Severity Jndex)* consiste em fatores que aumentam o risco de morte por PAC. A análise é feita pelo somatório dos pontos, sendo classe 1 (sem pontuação), classe 2 (< 70 pontos), classe 3 (71 a 90 pontos), classe 4 (91 a 130 pontos) e classe 5 (> 131 pontos). O PSI sugere que os pacientes das classes 1 e 2 sejam tratados ambulatorialmente, os da classe 3 sejam observados por algumas horas para decisão quanto à internação e os pacientes das classes 4 e *5* sejam tratados em regime hospitalar.

Quanto ao escore CURP-65, pacientes com 0 ou 1 pontos devem ser tratados em regime ambulatorial, já com aqueles que obtém 2 pontos ou mais devem ter tratamento em ambiente hospitalar considerado. Já pacientes com 3 ou mais pontos devem ser tratados em nível hospitalar como PAC grave.

Tabela 4 - Escore CURB-65 para avaliar PAC

	Pontos
Confusão Mental	1
Ureia > 50 mg/dL	1
FR maior ou igual 30 rmpm	1
PAS < 90 mmHg e/ou PAD < 60 mmHg	1
Idade > 65 anos	1
Total de Pontos	

Fonte: Adaptada de Gusso et al. Tratado de Medicina de Família (2ª Edição); FR: Frequência respiratória; PAS: Pressão arterial sistólica

Na realidade da atenção primária, o escore CRP-65 se torna mais útil, pois esse escore é uma adaptação do CURP-65 que exclui do somatório o valor sérico da ureia, devido à inviabilidade de mensurá-la em muitos serviços da Atenção Primária. Logo, tal escore define que pacientes com pontuação zero devem ser tratados ambulatorialmente, já pacientes que somam 1 ou 2 pontos devem ter considerada a internação hospitalar. Quando a pontuação é de 3 ou 4, deve haver internação hospitalar urgente. É importante levar em conta o contexto psicossocial na tomada de condutas para determinados pacientes, certificando-se do apoio domiciliar ao mesmo.

O tratamento ambulatorial com antibioticoterapia para PAC na Atenção Primária é sempre empírico, a escolha do antibiótico para o início do tratamento em crianças e adultos será influenciada por fatores como a incidência etiológica mais frequente por faixa etária e a presença de comorbidades (Tabela 5). A decisão do tratamento precoce é importante para que haja diminuição do risco de agravamento do quadro e consequente desfecho fatal.

Tabela 5 – Esquemas terapêuticos da PAC

Paciente	Tratamento
2 meses a 5 anos de idade	**Betalactâmico**
	Amoxicilina 50 mg/kg/dia VO 8/8h 7-10 dias Amoxicilina-clavulanato 500+125mg 8/8h 7 dias Penicilina Procaína 50000 UI/dia 12/12h 7 dias
6 a 18 anos	**Betalactâmico**
	Amoxicilina 50 mg/kg/dia VO 8/8h 7-10 dias

Paciente	Tratamento
	Penicilina Procaína 50000 UI/dia 12/12h 7 dias
	OU
	Macrolídeo
	Eritromicina 50 mg/kd/dia VO 6/6h 14 dias
Adultos sem comorbidades e sem tratamento antimicrobiano prévio nos últimos 3 meses	**Monoterapia com macrolídeo**
	Azitromicina 500 mg vo 1x/d
	Claritromicina 500 mg VO 12/12h
Manter tratamento por 7-10 dias e 5 dias se melhora clínica	Eritromicina 500 mg VO 6/6h
	Doxiciclina 100 mg VO 12/12h
Adultos com comorbidades ou uso de antibiótico nos últimos 3 meses	**Monoterapia com Fluoroquinolona respiratória**
	Levofloxacino 500 mg VO 1x/d
▪ (DPOC, DM, IC, Neoplasia maligna, Nefropatia crônica) ▪ Manter o tratamento por 7 dias	Moxifloxacino 400 mg VO 1x/d
	OU
	Macrolídeo + Betalactâmico
	Cefuroxima 500 mg VO 12/12h
	Amoxicilina 500 mg VO 8/8h
	Amoxicilina-clavulanato 2g VO 12/12h
Suspeita de aspiração	**Betalactâmico + Inibidor de betalactamase**
▪ Manter tratamento por 7-10 dias	Amoxicilina-clavulanato 1g VO 12/12h
	Ampicilina-sulbactam 1,5g VO 12/12h
	Alergia à penicilina: Clindamicina 600 mg VO 6/6h
Pacientes internados	**Monoterapia com fluoroquinolona respiratória**
▪ Manter tratamento por 5-10 dias ▪ A troca para terapia VO pode ser ▪ feita após 2-3 dias do tratamento IV, quando há melhora clínica	Levofloxacino 750 mg VO ou IV 1x/dia
	Moxifloxacino 400 mg VO ou IV 1x/dia
	OU
	Macrolídeo + Betalactâmico
	Azitromicina 500 mg IV 1x/dia (dose inicial de 1g)
	Claritromicina 500 mg IV 12/12h
	Ceftriaxona 1-2g IV 12/12h
	Cefotaxima 1-2g IV 8/8h
	Ampicilina 1-2g IV 6/6h ou 4/4h
	Ampicilina-sulbactam

Fonte: Adaptada de Gusso et al. Tratado de Medicina de Família (2ª Edição); VO: Via oral; IV: Intravenoso

Em diversas realidades de serviços de saúde mundiais, já considerando o grande problema da resistência bacteriana ao uso de antibióticos, discute-se a importância e a eficácia de instituir de imediato dose dobrada da amoxicilina: 1g de 8/8h; e do clavulim: 2g de 12/12h, no tratamento da PAC nas condições em que se usa tais fármacos.

Na Atenção Primária, atividades de prevenção e educação em saúde são ótimas ferramentas de estímulo à prevenção de doenças como a Pneumonia Adquirida na Comunidade, principalmente em grupos populacionais de risco. A imunização com as vacinas antipneumocócica e anti-influenza é exemplo desses processos.

Recomenda-se a vacinação da antipneumocócica para idosos maiores de 65 anos, pacientes de alto risco entre 2 e 64 anos e fumantes ativos. Já a anti-influenza está indicada para idosos acima de 50 anos e pacientes de alto risco entre 6 meses a 49 anos. As duas vacinas ainda são recomendadas para grupos específicos de alto risco, como portadores de doença crônica pulmonar, hepática ou renal, de diabetes melito, asplênicos, moradores de casas geriátricas, contato com pessoas de alto risco, contato com portadores de influenza, gestantes, imunocomprometidos, como portadores de neoplasias e doenças crônicas, e que sofrem com o alcoolismo.

4. CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 50 anos, divorciado, natural e procedente de Fortaleza, procura atendimento médico em Centro de Saúde da Família de sua localidade com queixa de dor torácica à direita há 2 dias. Refere tosse produtiva com expectoração amarelada há 4 dias, além de febre aferida de 39°C. Nos últimos 2 dias, evoluiu com dor torácica ventilatório-dependente à direita, dispneia e escarros hemáticos. Paciente nega outras patologias prévias. Tabagista há 15 anos, 01carteira/dia. Etilismo diário, cerca de 2 garrafas de cerveja. Nega uso de drogas ilícitas. Em uso de captopril (50mg ao dia) e hidroclorotiazida (80mg ao dia).

Ao exame físico geral, paciente se encontra em regular estado geral e nutricional, lúcido e orientado, taquipnéico, mucosas coradas. Dados vitais: Pressão Arterial: 120/80mmHg, Frequência Cardíaca: 100bpm, Temperatura Axilar: 38,5ºC, Frequência Respiratória: 35ipm, Saturação de O2 = 92%. Ao exame físico específico, evidenciou-se expansibilidade pulmonar levemente diminuída em 1/3 inferior do hemitórax direito, macicez

à percussão e frêmito tóraco-vocal aumentado neste local. Murmúrio vesicular preservado, estertores crepitantes em base direita.

QUESTÕES PROPOSTAS

01. Tendo como parâmetro o paciente do caso acima, qual o diagnóstico mais provável e qual o local mais apropriado para o tratamento?

a) Tuberculose pulmonar; Hospital;

b) Pneumonia; Ambulatório;

c) Asma Brônquica; Ambulatório;

d) Pneumonia; Hospital;

e) Asma Brônquica; Hospital.

02. Considerando a hipótese diagnóstica da questão anterior, qual a terapia antibiótica mais adequada ao paciente?

a) Ceftriaxona por via intramuscular;

b) Betalactâmico por via oral;

c) Fluoroquinolona por via oral;

d) Betalactâmico por via endovenosa;

e) Macrolídeo por via oral.

03. Quanto ao perfil do paciente, assim como suas comorbidades e seus hábitos de vida, qual(is) vacina(s) estaria(ão) indicada(s) para a prevenção da PAC caso o paciente estivesse hígido?

a) Paciente não se enquadra em grupo de risco para vacinação

b) Apenas a vacina anti-influenza

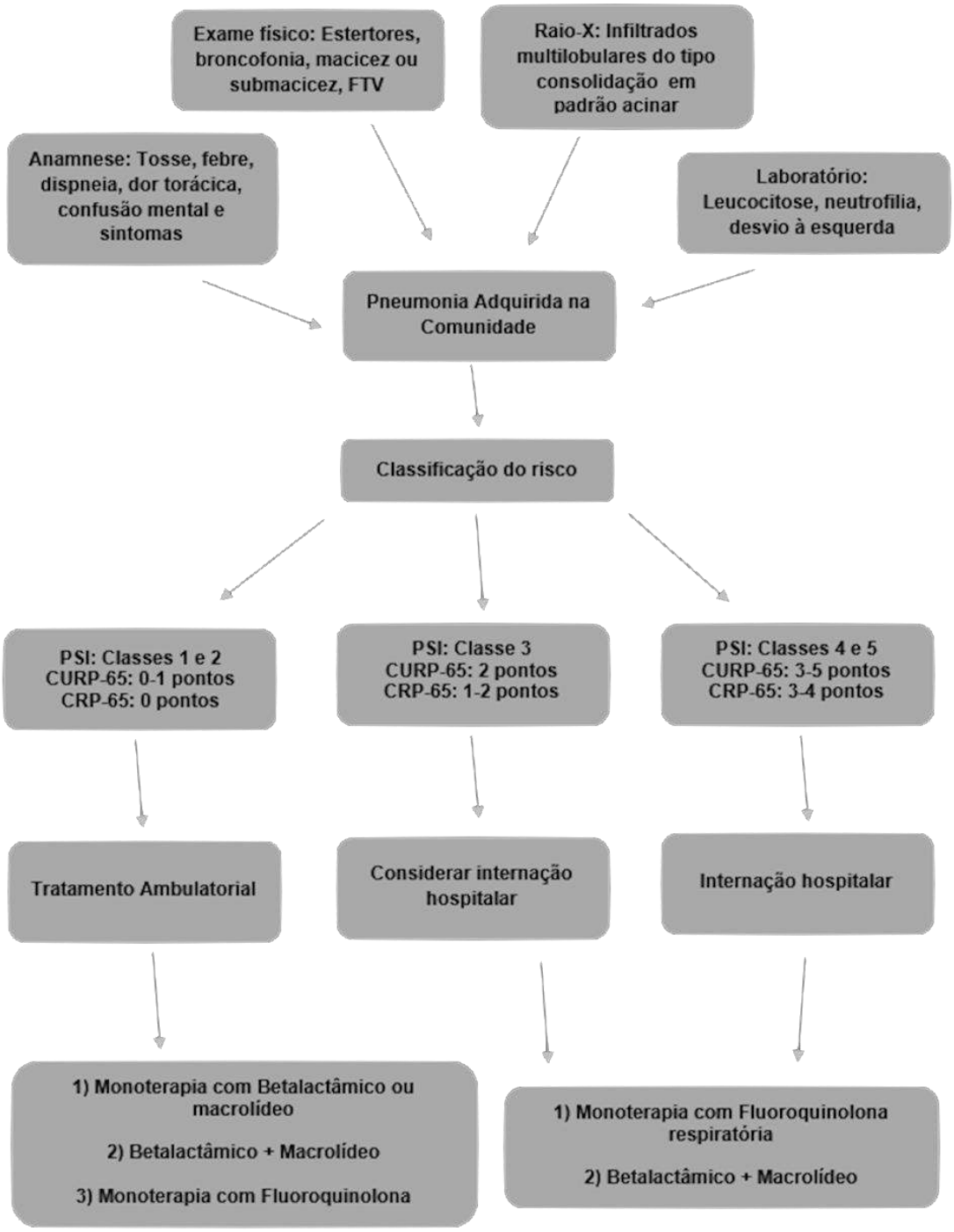
c) Apenas a vacina antipneumocócica

d) Vacinas antipneumocócica e anti-influenza

e) Não há vacina que previna a PAC

Gabarito: *1-D; 2-C; 3-D.*

FLUXOGRAMA:



Fonte: Autores (2021).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. P. 290. V 2.

CORRÊA R. A. et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. Jornal Brasileiro de Pneumologia. [S.L.]: [s.n], 2018. P. 405-425.

SIMEL, D. L.; RENNIE, D. The Rational Clinical Examination Evidence-Based Clinical Diagnosis. [S.L.]: [s.n.], 2008.

DUNCAN B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019. P. 2388.

McWHINNEY, I. R; FREEMAN, T. R. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWHINNEY. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2017. P. 536.

MULHOLAND, K. Problems with the WHO guidelines for management of childhood pneumonia. Lancet Glob Health. ´[S.L.]: [s.n.], 2018.

CAPÍTULO XXVI

TUBERCULOSE

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-26

Autor(a): Samuel da Costa Fernandes
Coautores: Júlia Oliveira de Assis
Pedro Túlio Monteiro Araújo
Wendelly Soares Torres
Orientador(a): Thamara Vieira Rolim Melo Martins

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa altamente prevalente no Brasil e no mundo. Tal condição está entre as dez principais causas de óbito do planeta. No Brasil, somente em 2019, o Ministério da Saúde registrou 73.864 novos casos de infectados. A Organização Mundial da Saúde inclui o País entre os 30 países emergentes no combate à condição.

Apesar de ser uma doença curável, o número fatal de vítimas por tuberculose permanece desafiando sistemas de saúde de todo o mundo. Nesse pressuposto, um manejo apropriado na atenção primária é fundamental no combate à condição, dada a necessidade de diagnóstico preciso e acompanhamento em período de tempo considerado prolongado, até atingir os critérios de cura, além das ações indispensáveis de prevenção, busca ativa e avaliação dos contactantes.

2. TRANSMISSÃO

A forma de manifestação da doença mais comum é a pulmonar, o que explica o mais notável mecanismo de transmissão: o contato com partículas respiratórias exaladas por pessoas infectadas. Dessa forma, ocorre a infecção, sobretudo pelo *Mycobacterium tuberculosis* [bacilo de Koch (BK)], Bacilo Álcool-Ácido Resistente – BAAR, aeróbio, principal agente etiológico da condição.

O paciente portador de tuberculose ativa pulmonar ou laríngea libera, por meio da tosse, fala ou do espirro, os bacilos da doença, os quais, quando inalados por uma pessoa

saudável, podem causar a infecção. As partículas liberadas podem ficar suspensas no ar por muitas horas, o que torna ambientes fechados e sem ventilação potenciais locais de transmissão.

3. QUADRO CLÍNICO

3.1. SINAIS E SINTOMAS

A manifestação clínica da doença é variável, a depender do(s) órgão(s) acometido(s). Dividiremos, portanto, a tuberculose em duas formas de apresentação: pulmonar e extrapulmonar. A proporção de casos entre esses modos de apresentação varia bastante, conforme o país analisado. No Brasil, em 2011, foram notificados 10.067 casos de TB extrapulmonar, o que correspondia a 14% das notificações de tuberculose, demonstrando a predominância da forma pulmonar da doença em relação às demais.

Além dessa classificação por local acometido, a TB é dividida, conforme a manifestação clínica, em primária, secundária (ou pós-primária) e miliar, como veremos a seguir.

3.1.1. TB PULMONAR

Como dito, é a forma mais comum de apresentação da doença. Os sinais e sintomas clássicos, nesse caso, são a tosse persistente (há 3 ou mais semanas, seja seca ou produtiva), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

No tocante às formas de manifestação, apesar de suas particularidades (tabela 1), o paciente pode apresentar qualquer um dos sinais e sintomas clássicos.

Tabela 1

Forma de apresentação	Histórico de contágio	População afetada	Manifestação clínica
Primária	Primeiro contágio com o bacilo.	Principalmente crianças.	Pode ser insidiosa, com o paciente irritadiço. Pode haver febre baixa, sudorese noturna e inapetência.
Secundária (ou pós-primária)	Paciente já apresenta contágio prévio (ativação de TB latente ou reinfecção)	Principalmente adolescentes e adultos jovens.	Tosse seca ou produtiva.
Miliar	Pode acontecer no primeiro contágio ou nos contágios subsequentes.	Pacientes imunocomprometidos, como infectados pelo HIV.	Tosse, astenia, emagrecimento e febre estão presentes em 80% dos casos. É uma forma mais grave da doença.

Fonte: Adaptado de DUNCAN et. al. (2013).

3.1.2. TB EXTRAPULMONAR

A TB extrapulmonar pode se apresentar de maneira isolada ou em associação com a TB pulmonar. Alguns sintomas inespecíficos como febre, anorexia, emagrecimento, fraqueza geral e anemia costumam estar presentes. Entretanto, sinais e sintomas específicos podem surgir, a depender local de acometimento (tabela 2).

É importante ressaltar que a prevalência desse subtipo de tuberculose é maior em pacientes coinfectados pelo HIV, devendo-se, portanto, dispor de atenção especial nesses casos.

Tabela 2

Forma de apresentação	Quadro clínico
TB PLEURAL	É a forma mais comum de TB extrapulmonar. Apresenta-se de maneira aguda na primária e subaguda na secundária. Os principais sintomas são: febre, sudorese noturna, emagrecimento, dor pleurítica, dispneia variável e tosse seca (quando produtiva, está associada a lesões pulmonares em atividade).
TB GANGLIONAR	Mais frequente na região cervical ou supraclavicular, menos comum na axilar e inguinal. Linfonodomegalia indolor ou levemente dolorosa, poucos sinais inflamatórios, mas pode fistulizar. Poucos sintomas gerais.
TB OSTEOARTICULAR	Mais comum na coluna vertebral, dorsal ou lombar, quadril e joelho. Sintomas locais mais importantes que os sistêmicos, febre, fraqueza. Abscesso frio paravertebral; sinais neurológicos de compressão radicular ou medular por lesão vertebral.
TB DISSEMINADA/MILIAR	Varia com extensão e órgãos acometidos. Febre, adinamia, fraqueza, perda ponderal, anemia, cefaleia e sinais de alterações de pares cranianos (meningoencefalite), tosse e dispneia (TB miliar pulmonar), dor ou desconforto abdominal.
TB DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Sintomas variam com a localização das lesões. Febre, anorexia, fraqueza, cefaleia, evolução com sinais neurológicos, desorientação, alterações de comportamento, com ou sem déficit motor focal, prostração e coma nos casos mais graves.
TB ABDOMINAL	TB peritoneal, ileocecal, anorretal e de linfonodos mesentéricos são as mais comuns. Febre, anorexia, perda ponderai, diarreia nas formas intestinais, desconforto abdominal e dor, ascite.
TB PERICÁRDICA	Dor torácica, dispneia, taquicardia, febre, atrito pericárdico, turgência jugular, hepatomegalia, edema, pulso paradoxal, hipofonese de bulhas cardíacas.
TB GENITOURINÁRIA	Febre, disúria, polaciúria, urgência miccional, hematúria; dor lombar, no flanco ou abdominal; aumento de volume e de sensibilidade dolorosa no testículo e epidídimo. Salpingite, endometrite e infertilidade.

Fonte: Adaptado de DUNCAN et. al. (2013).

3.2. EXAME FÍSICO

O exame físico varia conforme a forma de apresentação da doença. Em pacientes com TB pulmonar leve ou inicial, pode não haver alterações consideráveis, necessitando-se, assim, da realização de uma radiografia de tórax para o diagnóstico diferencial. Quando há acometimento, é mais frequente que este ocorra na região superior do tórax, podendo apresentar sinais de consolidação pulmonar, com estertores, sopro brônquico ou cavitário, aumento de frêmito toracovocal e macicez ou submacicez à percussão.

No tocante à TB extrapulmonar, a investigação clínica varia conforme o sítio acometido, com atenção especial a sinais de TB pleural (forma de apresentação mais comum desse subtipo) como derrames, com ou sem atrito, e avaliação de uma possível dispneia. Além disso, deve-se estar atento à presença de linfonodomegalias cervicais ou supraclaviculares, com ou sem sinais inflamatórios e/ou fistulização, avaliando a presença de TB ganglionar.

4. EXAMES COMPLEMENTARES

4.1. RADIOGRAFIA DE TÓRAX

A radiografia do tórax é o principal exame de imagem utilizado na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar. Além de ser fundamental para a análise de possíveis diagnósticos diferenciais, por meio dela podem ser observados vários padrões radiológicos sugestivos de atividade de doença, tais como cavidades, nódulos, consolidações, massas, processo intersticial (miliar), derrame pleural e alargamento de mediastino.

Entretanto, é importante citar que, para o diagnóstico de TB, a realização de uma radiografia não é mandatória, assim como a ausência de achados radiológicos não descarta a doença em casos de forte suspeita clínica.

4.2. BACILOSCOPIA DIRETA DE ESCARRO

Na vigência de uma possível TB pulmonar, a busca microscópica do BAAR pelo método de Ziehl Nilsen em amostra de escarro é o exame mais utilizado em nosso meio. Desse modo, tem-se a indicação de realização deste exame quando:

- Há tosse persistente (busca ativa);
- Há suspeita clínica e/ou radiológica de TB, mesmo na ausência de tosse persistente;

- Realiza-se acompanhamento e controle de cura em pacientes com TB confirmada laboratorialmente.

Para confirmação diagnóstica, são colhidas duas amostras de escarro: uma no primeiro momento de contato com o paciente e outra no dia seguinte, preferencialmente em jejum. Caso haja forte suspeita clínica e/ou radiológica e a baciloscopia de escarro seja negativa, o médico pode solicitar novas amostras ou exames adicionais. Por outro lado, se não houver fortes indícios radiológicos de TB ou se o quadro clínico não for muito sugestivo, a baciloscopia negativa instiga a revisão da suspeita e avaliação de outras condições.

Apesar de, em adultos, o método ter sensibilidade de 60-80% nos casos de TB pulmonar ou laríngea, é importante citar que, em crianças, a sensibilidade é diminuída devido à dificuldade de colher uma amostra de escarro com qualidade satisfatória.

4.3. TESTE RÁPIDO MOLECULAR PARA TB (TRM-TB)

O TRM-TB (GeneXpert®) está presente em algumas unidades públicas de saúde, devendo o médico avaliar sua disponibilidade antes de indicá-lo. Comparado à baciloscopia direta de escarro, o TRM-TB apresenta maior sensibilidade (90%), menor tempo de espera do resultado, maior comodidade (necessita apenas de uma amostra), e melhor direcionamento terapêutico (avalia a resistência do bacilo à rifampicina, um dos medicamentos utilizados no tratamento).

Embora a sensibilidade em crianças também seja superior à da baciloscopia, a dificuldade de colher uma amostra de qualidade permanece, o que induz o profissional de saúde a lançar mão de outros métodos nesses casos.

Ainda que o TRM-TB possa avaliar a existência de apresentações extrapulmonares da doença, sua sensibilidade decai consideravelmente para esse fim. Desse modo, mesmo que o resultado seja negativo, a investigação diagnóstica deve ser mantida nesses casos.

Como detecta o DNA do bacilo na pesquisa, o teste não consegue distinguir bacilos mortos de bacilos vivos. Portanto, não se deve utilizá-lo para acompanhamento de paciente já diagnosticado.

4.4. CULTURA PARA MICOBACTÉRIA E TESTE DE SENSIBILIDADE

A cultura para micobactéria é o padrão ouro no diagnóstico de TB e o teste de sensibilidade é fundamental para a adequação do manejo terapêutico em casos de resposta

inadequada ao tratamento. O Ministério da Saúde recomenda que se realize cultura e teste de sensibilidade quando:

- Há confirmação diagnóstica por TRM-TB;

- Embora o TRM-TB seja negativo, o quadro clínico persistir e

- Se realiza baciloscopia de escarro por suspeita de TB (faz-se cultura apenas em uma das duas amostras).

Não obstante, é dever do médico avaliar a disponibilidade do exame na região de atendimento, e, em casos de forte indício clínico de TB, não retardar o início da terapêutica à espera do resultado da cultura, uma vez que este dura, em média 14 a 30 dias para ser recebido.

4.5. TESTE TUBERCULÍNICO

O teste tuberculínico baseia-se na reação celular desenvolvida quando se inocula um derivado proteico do bacilo de Koch na região intradérmica, comumente no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo. O derivado proteico mais amplamente utilizado é o PPD-RT 23, sendo a leitura realizada 48 a 72 horas após a aplicação. Mede-se, então, o maior diâmetro transverso da área do endurado palpável com régua milimetrada transparente, e registra-se a leitura em mm. Um resultado $\geq 5,0 \mathrm{mm}$ configura teste reativo para TB.

Indica-se o TT, principalmente, na investigação:

- De infecção latente no adulto, portador ou não de HIV, e na criança;

- Complementar para fins de diagnóstico de TB extrapulmonar e

- Para fins de diagnóstico de TB na infância.

Reações falso-positivas podem ocorrer em infectados por outras micobactérias ou em vacinados pelo BCG, sobretudo quando recebem a vacina depois dos 12 meses de vida. Dessa maneira, a interpretação e a conduta diante do resultado do TT dependerão da probabilidade epidemiológica de infecção latente pelo BAAR, do risco de acometimento por TB, do tamanho da área endurada e da idade do paciente.

4.6. DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

A avaliação histológica de fragmento de tecido obtido por biópsia é um método utilizado na investigação das formas pulmonares que se apresentam radiologicamente como doença difusa e nas formas extrapulmonares.

Dessa forma, a identificação histológica de granuloma com necrose de caseificação sugere o diagnóstico de TB. Quando se identifica um granuloma sem necrose de caseificação, deve-se interpretar com cautela e à luz dos achados clínicos, uma vez que as demais doenças granulomatosas, como sarcoidose e silicose, podem ter essa apresentação histológica. Além do granuloma, a análise histológica pode também evidenciar bacilos no fragmento de tecido. Apesar de a baciloscopia do tecido ser comumente negativa nos pacientes não imunossuprimidos, ela frequentemente é positiva em pacientes com imunossupressão avançada, nos quais é incomum identificar o granuloma.

5. DIAGNÓSTICO DE TB NA INFÂNCIA

O diagnóstico de TB pulmonar em crianças permanece sendo um desafio para profissionais de saúde de todo o país. Além de a clínica da doença não ser característica, podendo apresentar-se de forma assintomática, o diagnóstico bacteriológico é comumente complicado, seja pela dificuldade em obter uma amostra de escarro satisfatória, seja pela tendência a baixas concentrações do BAAR nesse público.

Dessa forma, inicialmente, deve-se realizar a baciloscopia ou o TRM-TB em caso de suspeita de TB pulmonar na criança. Caso o resultado seja negativo, o Ministério da Saúde recomenda a utilização de um sistema de escore para realização do diagnóstico (tabela 3). Tal sistema requer dados referentes à radiografia de tórax e ao teste tuberculínico, o que induz o médico a solicitar esses exames para a avaliação da suspeita.

Tabela 3

Diagnóstico da tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes com baciloscopia negativa ou TRM-TB não detectado		
QUADRO CLÍNICO	Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas.	15 pts
	Assintomático ou com sintomas < 2 semanas.	0 pt
	Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos.	-10 pts
QUADRO RADIOLÓGICO	Adenomegalia hilar ou padrão miliar. Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas. Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) > 2 semanas, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns.	15 pts

Diagnóstico da tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes com baciloscopia negativa ou TRM-TB não detectado		
	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas.	5 pts
	Radiografia normal.	-5 pts
CONTATO COM ADULTO TUBERCULOSO	Próximo, nos últimos 2 anos.	10 pts
	Ocasional ou negativo.	0 pt
TESTE TUBERCULÍNICO	PT < 5 mm	0 pt
	PT entre 5-9 mm	5 pts
	PT ≥10mm	10 pts
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrição grave.	5 pts

Legenda: pt(s)- ponto(s)
Esta interpretação não se aplica a revacinados em BCG.
Interpretação: ≥ 40 pontos - diagnóstico muito provável
30 a 35 pontos - diagnóstico possível
≤ 25 pontos - diagnóstico pouco provável.
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2019)

Caso o resultado do sistema de escore seja negativo para TB e, ainda assim, o médico acredite que o quadro clínico é muito sugestivo, tem-se a alternativa de realizar pesquisa bacteriológica por meio de um lavado gástrico com cultura subsequente. Entretanto, tal realização deve ser avaliada com cautela, dada a necessidade de um ambiente hospitalar, a baixa sensibilidade do exame e a comum demora no resultado da cultura.

6. TRATAMENTO

O tratamento de TB deve ser iniciado o mais precocemente possível, a fim de evitar mortes por TB ativa e suas complicações, de restaurar a qualidade de vida do paciente e de prevenir a transmissão da doença a outras pessoas.

Recomenda-se que seja realizado o Tratamento Diretamente Observado (TDO), no qual o paciente ingere a medicação sob a observação, preferencialmente, de um profissional de saúde. Para tanto, deve-se preestabelecer a periodicidade do acompanhamento: diária (ideal) ou três vezes por semana. Caso opte-se pela segunda escolha, é fundamental reforçar, durante os encontros, a importância da manutenção do tratamento nos dias em que não houver a observação. Além disso, o local em que acontecerá o TDO deve ser acordado, podendo ser a unidade de saúde ou o próprio domicílio do paciente. Em casos de observação domiciliar, se não for possível o acompanhamento de um funcionário da unidade, pode-se fazer a capacitação de um integrante da família para a tarefa, desde que haja supervisão de um profissional de saúde.

6.1. ESQUEMA BÁSICO PARA ADULTOS E CRIANÇAS 10 ANOS

O tratamento de TB pulmonar e extrapulmonar é o mesmo, com exceção apenas dos casos de TB meningoencefálica e osteoarticular. Dessa forma, mesmo que haja recidiva ou abandono à terapêutica, o esquema básico (tabela 4) permanece sendo o tratamento de escolha, exceto se houver resistência comprovada do bacilo a algum dos medicamentos utilizados.

Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)			
Esquema	**Faixa de peso**	**Unidades/dose**	**Duração**
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 kg	3 comprimidos	
	51 a 70 kg	4 comprimidos	
	> 70 kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg[1] ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	> 70 kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL (2011).

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

[1] A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

Em casos de TB meningoencefálica e/ou osteoarticular, a fase de manutenção é estendida por 10 meses.

7. ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento do paciente diagnosticado com tuberculose é dividido em três classes: o clínico, o bacteriológico e o radiológico.

Clínico: É realizado por meio das consultas na Unidade de Atenção Primária à Saúde. Recomenda-se que ocorra mensalmente, mas muitos médicos preferem diminuir o intervalo entre as consultas, pelo menos no início, para uma melhor construção da relação médico-paciente e um tratamento adequado da condição. Durante os encontros, o médico deve realizar prontamente a notificação do diagnóstico confirmado, avaliar a necessidade de afastamento do trabalho, conferir e estimular a adesão ao TDO, monitorar o peso (fazendo

adequações nas doses das medicações, quando necessário), avaliar a evolução dos sintomas e indagar quanto aos possíveis efeitos colaterais aos fármacos, orientar sobre o plano terapêutico e avaliar familiares e demais pessoas do convívio prolongado com o caso-índice.

Bacteriológico: Também é orientado que se realize de maneira mensal, por meio da baciloscopia de escarro. Espera-se que a baciloscopia seja negativada em 2 semanas, mas, em alguns casos, o grau de positividade e a evolução deste devem ser analisados; ou seja, caso o paciente esteja com a positividade do teste decaindo no decorrer dos meses e a clínica estiver favorável, não se pode considerar falha terapêutica.

Radiológico: Recomenda-se que se faça no início e no fim do tratamento, de modo a avaliar a evolução de possíveis lesões pulmonares, bem como as sequelas da doença. Como dito anteriormente, a realização da radiografia de tórax não é mandatória, mas, se disponível, é um ótimo exame para acompanhamento do paciente, especialmente em casos de baciloscopia negativa e dificuldade de expectoração.

8. PREVENÇÃO

Para além da vacinação com a BCG, existem algumas medidas preventivas referentes à tuberculose. O bacilo é sensível à luz solar e a circulação de ar possibilita a dispersão de partículas infectantes. Com isso, ambientes ventilados, com luz natural direta e sem aglomeração diminuem o risco de transmissão.

Além disso, não se pode ignorar o caráter político e social da tuberculose, uma vez que as populações mais vulneráveis são mais propensas a desenvolver a condição. Nessa perspectiva, somente por meio de ações públicas de combate à desigualdade e garantia de direitos básicos poderemos prevenir de maneira adequada a doença no Brasil.

9. CASO CLÍNICO

H.G.F., 35 anos, feminina, natural e procedente de Sobral-CE, vem à consulta após orientação da ACS que, em uma visita domiciliar à casa da avó da paciente, percebeu que H.G.F. estava tossindo muito. Após ser indagada, a paciente referiu estar tossindo há mais de um mês, mas que não achava ser nada sério. A ACS orientou, então, que Hellen viesse à consulta com a médica de família e comunidade do CSF.

1. **No tocante à conduta da médica, assinale a alternativa correta.**

   a) Deve-se administrar um antitussígeno e reavaliar a paciente na semana seguinte.

   b) Inicialmente, deve-se solicitar uma radiografia de tórax, de modo a buscar achados radiológicos típicos de TB, sendo a continuidade da investigação dependente desses achados.

   c) Para uma avaliação inicial, deve-se indagar a paciente sobre a presença de outros sinais e sintomas clássicos da TB, como febre, sudorese e emagrecimento. Somente na presença desses outros sinais, deve-se indicar a baciloscopia de escarro para a paciente.

   d) A paciente deve ser encaminhada para a realização da baciloscopia de escarro, independentemente dos sintomas associados, uma vez que tosse há mais de três semanas já indica a realização do exame.

   e) Deve-se solicitar o teste tuberculínico para o diagnóstico da paciente.

2. **Sobre a tuberculose, um dos possíveis diagnósticos da paciente, é correto afirmar:**

   a) O principal agente etiológico é o Mycobacterium tuberculosis, BAAR, anaeróbio, mas outros micro-organismos podem ser responsáveis.

   b) Quanto à classificação por histórico de contágio, a tuberculose pode ser dividida em TB primária, quando o paciente é infectado de maneira ativa ou há reativação de TB latente após o primeiro contato com bacilo, e TB secundária, quando um paciente que já teve contato com o bacilo é reinfectado.

   c) Quanto ao local de acometimento, a TB pode ser dividida em TB pulmonar e extrapulmonar, sendo a incidência de ambas muito semelhante, com leve predomínio da TB extrapulmonar.

   d) A tuberculose não tem relação com o ambiente e os hábitos de vida do indivíduo.

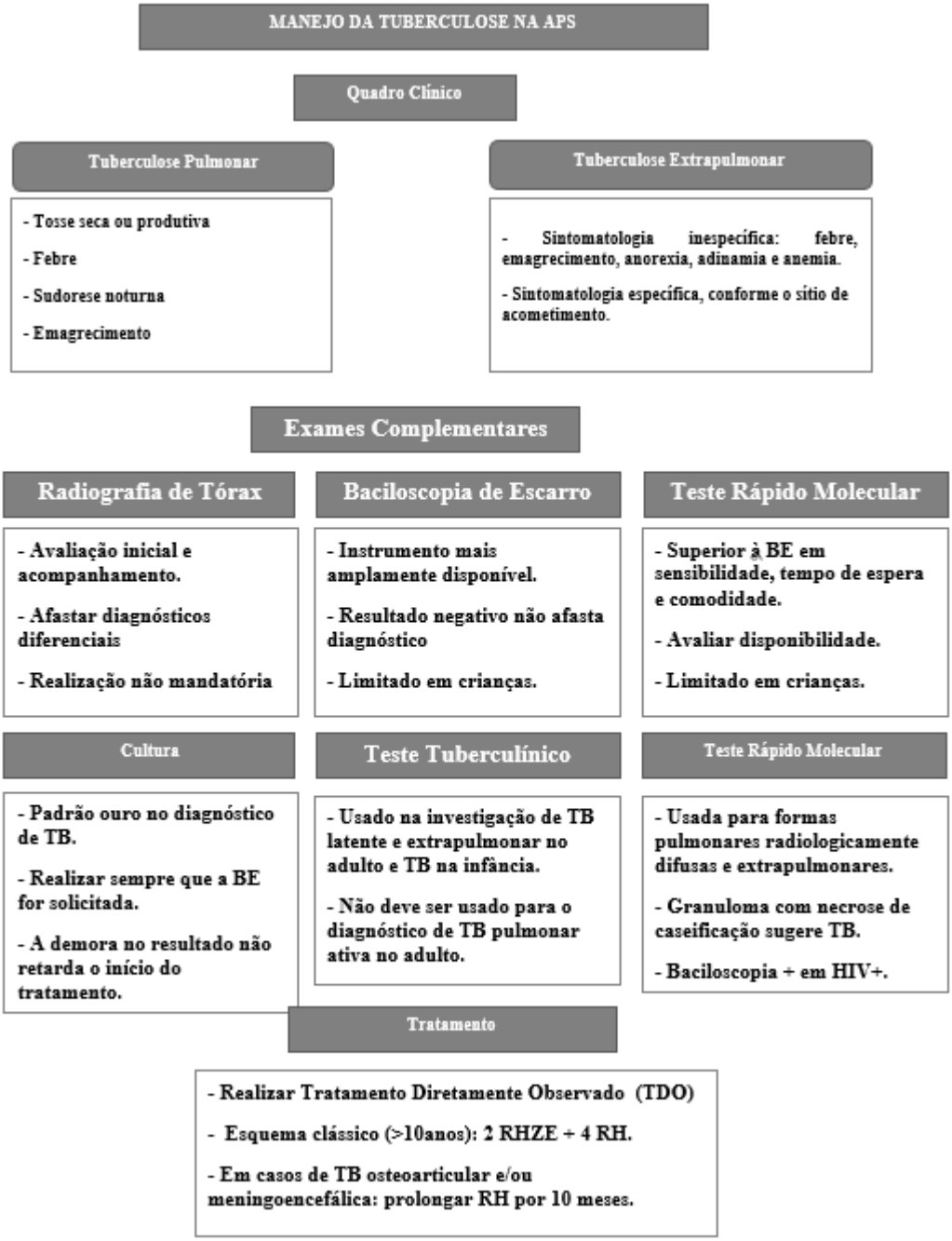
   e) Quanto ao quadro clínico da TB extrapulmonar, especial atenção deve ser dada à procura de linfonodomegalias cervicais, devido à incidência relativamente alta de TB extrapulmonar na região.

3- Sobre o acompanhamento de H.G.F, assinale o item incorreto.

a) O acompanhamento é, basicamente, dividido em três modalidades: clínico, bacteriológico e radiológico.
b) O acompanhamento clínico e radiológico deve ser realizado mensalmente, enquanto o bacteriológico é realizado no início e no fim do tratamento.
c) Orienta-se que o acompanhamento clínico seja realizado de forma mensal, mas a periodicidade pode ser alterada conforme a necessidade do paciente.
d) O acompanhamento radiológico tem especial importância em casos de baciloscopia negativa ou dificuldade de expectoração.
e) Quando o acompanhamento bacteriológico evidencia uma remissão da positividade dos bacilos até negativação, tem-se um tratamento bem sucedido.

Respostas: 01- D, 02- E e 03-B.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ALVES FILHO, Pedro et al. Desigualdades socioespaciais relacionadas à tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. Revista brasileira de epidemiologia. São Paulo: [s.n.], 2017. p. 559–572. v. 20, n. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle de Tuberculose no Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019.

GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KRITSKI, Afranio et al. Tuberculose: desafio renovado no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Uberaba: [s.n.], 2018., p. 2-6. v. 51, n° 1.

MACIEL, Ethel L. N. et al. Tuberculose. In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1433-1454.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Tuberculosis Report 2011, França: [s.n.], 2011. Relatório. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. Acesso em: 31.05.2021.

SPAGNOLO, Lílian M. L. et al. Detecção da tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre: [s.n.], 2018. v. 39.

UNIDADE V

CAPÍTULO XXVII

ARBOVIROSES

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-27

Autor(a): Hellen Gomes Fernandes
Coautores: Bárbara Ponte Souza
João Matheus Girão Uchôa
Júlia Oliveira de Assis
Orientador(a): Kailane Martins Cardoso

1. INTRODUÇÃO

Caracterizam - se como arboviroses as doenças causadas por um grupo de vírus ecologicamente bem definido, designado “arbovírus”. Os arbovírus são os vírus transmitidos, principalmente, entre hospedeiros vertebrados suscetíveis por meio de artrópodes hematófagos. Os vertebrados suscetíveis são infectados pela picada de insetos portadores de arbovírus e, usualmente, desenvolvem uma fase de viremia, durante a qual novos vetores se infectam, ao realizarem um repasto sanguíneo.

As arboviroses, geograficamente, abrangem todos os continentes, embora que, por vezes, assumam características regionais mais definidas. De modo geral, elas predominam nos trópicos, pelo fato de ali existirem condições climáticas mais favoráveis à propagação contínua dos arbovírus. A ocorrência das arboviroses se verifica nas formas esporádica, endêmica ou epidêmica. As pessoas que mantêm contato mais estreito com o ambiente silvestre – em que se situam os nichos ecológicos dos arbovírus – são atingidas com maior frequência.

O quadro clínico das arboviroses apresenta um considerável número de variações, havendo, em primeiro plano, as formas graves, caracterizadas por manifestações hemorrágicas ou neurológicas, a exemplo das encefalites, e, em segundo plano, as formas leves, de natureza febril, acompanhadas, por vezes, de erupções exantemáticas. Dentre as arboviroses mais comuns têm-se: Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela. As arboviroses possuem uma peculiaridade que consiste na variedade de manifestações clínicas que podem ser induzidas pelos agentes, logo, é válido salientar que tipos diferentes de arbovírus são capazes de apresentar os mesmos sintomas, enquanto respostas clínicas diversas podem ser ocasionadas por um tipo determinado de arbovírus.

Portanto, cada arbovirose pode causar complicações diferentes, de acordo com a ação de cada vírus no organismo, portanto, este capítulo visa o esclarecimento objetivo e conciso sobre as doenças geradas por esses microrganismos.

2. DENGUE

2.1. QUADRO CLÍNICO

Após um período de incubação, em média de 5 a 8 dias, a dengue pode evoluir de forma assintomática ou como uma febre indiferenciada, podendo manifestar-se como dengue clássica, ou formas mais graves, como febre hemorrágica da dengue (FHD).

Dengue Clássica: caracteriza-se pela presença dos seguintes sinais e sintomas: febre alta de início abrupto, cefaleia importante, mialgia, artralgia, dor retro-orbitária, manifestações gastrintestinais, anorexia, alterações do paladar, exantema maculopapular ou escarlatiniforme e prurido. No final do período febril, podem surgir manifestações hemorrágicas como epistaxe, petéquias, gengivorragia, metrorragia, entre outras.

FHD: podem ser as mesmas descritas para a dengue clássica, até que ocorra a defervescência, entre o 3º e o 7º dia, quando costuma ocorrer a instalação da síndrome. Nesse mesmo período de defervescência podem surgir sinais de alarme, que prenunciam evolução desfavorável da doença: vômitos incoercíveis, dor abdominal intensa e contínua, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, sonolência ou irritabilidade excessiva, hipotermia, sangramento importante de mucosas (hematêmese e/ou melena), diminuição da diurese e diminuição repentina da temperatura corporal. Os sinais de alarme devem ser rotineiramente pesquisados, e os pacientes, orientados a procurar assistência médica na presença deles. A dengue é uma doença dinâmica, podendo evoluir rápido de um estágio para outro, e, nas formas graves, causar choque e levar a óbito dentro de 12 a 24 horas se o tratamento apropriado não for rapidamente ministrado.

A Febre Hemorrágica do Dengue (FHD) pode ser classificada de acordo com sua gravidade em quatro graus, em escala crescente:

Grau 1: febre acompanhada de sintomas inespecíficos e sem manifestações hemorrágicas espontâneas, tendo como única manifestação hemorrágica a prova do laço positiva ou sangramento no local da punção venosa.

Grau II: febre acompanhada de sintomas inespecíficos e com manifestações

+/- SINAIS DE ALARME	SINAIS DE ALARME	DENGUE GRAVE
. Residência ou viagem para área endêmica . Febre e dois dos seguintes critérios: - Náusea, vômitos - Exantema - Dor intensa - Prova do laço positiva - Qualquer sinal de alerta - Dengue laboratorialmente confirmada	. Dor abdominal intensa . Vómitos persistentes . Derrames cavitários . Sangramento em mucosas . Letargia/irritabilidade . Hepatomegalia > 2 cm . Aumento de hematócrito e concorrente decréscimo de plaquetas	. Extravasamento de plasma levando a choque; derrame cavitário levando a angústia respiratória . Sangramento grave . Envolvimento grave de órgãos: - Hepático: ALT ou AST ^ 1.000 - SNC: alteração do nível de consciência - Coração ou outros órgãos

hemorrágicas espontâneas (petéquias, equimoses e sangramentos gengival, digestivo, conjuntival, vaginal e urinário).

Grau III: febre acompanhada de sintomas inespecíficos, com manifestações hemorrágicas espontâneas e sinais de insuficiência circulatória: pulso rápido e fraco, redução da pressão arterial (20 mmHg ou menos), pele pegajosa e fria e inquietação.

Grau IV: choque profundo, com pressão sanguínea e pulso não detectáveis.

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs nova classificação da doença, que inclui o agrupamento dos casos em dengue, dengue com sinais de alerta e dengue grave, uma vez que a classificação convencional não contempla vários casos graves e óbitos pela dengue, que às vezes não preenchem os critérios necessários para definição de FHD.

2.2. PROVA DO LAÇO

A prova do laço deve ser realizada na ausência de sangramento espontâneo e consiste em:

1. Verificar a pressão arterial (PA) do paciente;

2. Somar a PA máxima e a PA mínima e dividir por dois;

3. Deixar o manguito na pressão média durante cinco minutos;

4. Verificar o aparecimento de petéquias no antebraço e na mão; 5. Interpretar o resultado como sendo positivo na presença de vinte ou mais petéquias no local de pressão ou abaixo, em uma área de 2,5 cm^3

+/- SINAIS DE ALARME	SINAIS DE ALARME	DENGUE GRAVE
. Residência ou viagem para área endêmica . Febre e dois dos seguintes critérios: - Náusea, vômitos - Exantema - Dor intensa - Prova do laço positiva - Qualquer sinal de alerta - Dengue laboratorialmente confirmada	. Dor abdominal intensa . Vómitos persistentes . Derrames cavitários . Sangramento em mucosas . Letargia/irritabilidade . Hepatomegalia > 2 cm . Aumento de hematócrito e concorrente decréscimo de plaquetas	. Extravasamento de plasma levando a choque; derrame cavitário levando a angústia respiratória . Sangramento grave . Envolvimento grave de órgãos: - Hepático: ALT ou AST ^ 1.000 - SNC: alteração do nível de consciência - Coração ou outros órgãos

Fonte: Adaptada de World Health Organization.

2.3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Exames Específicos: Testes sorológicos para detecção de anticorpos (IgM e IgG); cultura viral; detecção de antígeno NS1; testes moleculares.

2.4. TRATAMENTO

Na dengue clássica não há tratamento específico, a medicação é apenas sintomática, com analgésicos e antitérmicos. Devem ser evitados os salicilatos e os antiinflamatórios não hormonais, já que seu uso pode favorecer o aparecimento de manifestações hemorrágicas e acidose. O paciente deve ser orientado a permanecer em repouso e iniciar hidratação oral. Os pacientes devem ser observados cuidadosamente para identificação dos primeiros sinais de choque. Aos primeiros sinais de choque, o paciente deve ser internado imediatamente para correção rápida de volume de líquidos perdidos e da acidose.

2.5. CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA DENGUE E TRATAMENTO

Grupo A: Caso suspeito de dengue (sintomas inespecíficos) + ausência de sangramentos espontâneos ou induzidos (prova do laço negativa) + sem instabilidade hemodinâmica.

Tratamento: tratamento ambulatorial; hidratação oral 60-80 ml/kg/dia sendo 1/3 com solução salina; sintomáticos (dipirona ou paracetamol); evitar salicilatos e anti-inflamatórios não hormonais; o paciente deve ser orientado a retornar imediatamente ao identificar sinais de alerta.

Grupo B: Caso suspeito de dengue (sintomas inespecíficos) + presença de sangramentos espontâneos ou induzidos (prova do laço positiva) + sem instabilidade hemodinâmica.

Tratamento: realizar hemograma; hidratação oral conforme as recomendações do grupo A. Se o hematócrito for normal, manter a prescrição e tratar o paciente em regime ambulatorial, reavaliando-o diariamente por até 48h após o desaparecimento da febre. Se o hematócrito estiver aumentado, constitui sinal de alarme (hemoconcentração), devendo-se manter o paciente internado e conduzir como “grupo C”.

Grupo C: Grupo B + presença de algum sinal de alarme.

Tratamento: hidratação endovenosa imediata. A reposição e manutenção do volume perdido é a medida mais importante. A conduta inicial consiste em cristaloide 10 a 20 ml/kg em 1 hora; oxigênio caso hipoxemia; sintomáticos se necessários.

A avaliação do paciente deve ser frequente, com reavaliação laboratorial após 2 h (ou antes se necessário).

Grupo D: Caso suspeito de dengue + presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos.

Tratamento: o paciente deve permanecer internado em leito de terapia intensiva, até a estabilização clínica (no mínimo 48h). A conduta imediata consiste na administração de cristaloide (dois acessos, se possível) com 20 ml/kg em 20 min; repetir até 3 vezes, se perfusão e PAM não melhorarem; oxigênio e suporte ventilatório se necessário e sintomáticos se necessário. A avaliação clínica deve ser contínua; reavaliação laboratorial após 2 h (ou antes se necessário).

3. ZIKA

3.1. QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas ocorrem, possivelmente, em 20 % dos indivíduos infectados, sendo, portanto, a infecção assintomática mais frequente. O período de incubação no humano é desconhecido, sendo estimado entre 2 a 14 dias após a picada do mosquito vetor.

O quadro clínico tipicamente inclui rash maculopapular frequentemente acompanhado de prurido, febre baixa (37,8 a 38,5°C), artralgia (principalmente nas articulações dos pés e mãos) e conjuntivite não purulenta. Outras manifestações comumente reportadas são mialgia, cefaleia, dor retro orbitária e astenia. Pode haver também edema periarticular, linfonodomegalia, úlceras orais, dor abdominal, náuseas e diarreia. Na maioria dos pacientes, os sintomas são usualmente leves e apresentam resolução espontânea após

cerca de 2 a 7 dias. No entanto, em alguns pacientes a artralgia pode persistir por cerca de um mês.

3.2. COMPLICAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

O principal problema relacionado ao vírus da zika é o seu neurotropismo, que explica a ocorrência de lesões neurológicas graves como a microcefalia congênita em bebês nascidos de mães que tiveram Zika durante a gravidez, além de síndrome de Guillain-Barré.

Microcefalia: A capacidade do vírus em infectar e atravessar a barreira placentária faz com que ele encontre o tecido nervoso em formação. Logo, o vírus é capaz de invadir e destruir neurônios primitivos do SNC, impedindo a migração e diferenciação dessas células de modo a prejudicar o crescimento e desenvolvimento do tecido cerebral. O resultado final é um encéfalo pequeno e malformado, o que se expressa clinicamente através da microcefalia.

Síndrome de Guillain-Barré: é uma doença autoimune caracterizada por uma polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda. A função motora é usualmente afetada, começando distalmente e progredindo proximalmente pelo período de 4 semanas. Os pacientes apresentam fraqueza generalizada, arreflexia e graus variáveis de distúrbios sensoriais e de envolvimento dos nervos cranianos. Há formas com acometimento motor e sensitivo, até formas exclusivamente sensitivas. O risco aumenta com a idade e é mais frequente em homens do que em mulheres.

3.3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Exames Específicos: Isolamento viral; detecção de RNA viral por reação da transcriptase reversa (RT-PCR); sorologia IgM (em populações onde existe a cocirculação do vírus da dengue há uma alta chance de ocorrer reações falso positivas).

3.4. TRATAMENTO

- Não existe tratamento antiviral específico, logo, o manejo consiste em repouso, hidratação oral e uso de medicamento sintomáticos (analgésicos e antitérmicos como dipirona e paracetamol).
- Anti-histamínicos orais e calamina tópico para o controle do prurido.
- Antiinflamatórios (AINE) não devem ser usados até que seja descartado o diagnóstico de dengue. Evitar em gestantes com > 32 semanas de gestação pelo risco de fechamento precoce do ducto arterial.

- Evitar uso de AAS em crianças menores de 12 anos pelo risco de Síndrome de Reye.
- Tratar todos os casos como dengue até exclusão deste diagnóstico.

3.5. MICROCEFALIA

Não há tratamento especifico para a microcefalia. Como cada criança desenvolve complicações diferentes, em tipo e intensidade, dentre elas respiratórias, neurológicas e motoras o acompanhamento por diferentes especialistas vai depender de quais funções ficaram comprometidas.

3.6. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

O tratamento na fase aguda consiste em imunoterapia, como plasmaférese ou aplicação de imunoglobulina humana.

4. CHIKUNGUNYA

4.1. QUADRO CLÍNICO

A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica. Após o período de incubação inicia-se a fase aguda ou febril, que dura até o 14º dia. Alguns pacientes evoluem com persistência as dores articulares após a fase aguda, caracterizando o início da fase subaguda, com duração de até três meses. Quando a duração dos sintomas persiste além dos três meses atinge a fase crônica.

Fase aguda: A fase aguda ou febril da doença é caracterizada principalmente por febre alta de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dores nas costas, rash cutâneo (presente em mais de 50% dos casos) cefaleia e fadiga, com duração média de sete dias. A febre pode ser contínua, intermitente ou bifásica, possui curta duração, porém a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas como na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa. A poliartralgia normalmente é poliarticular, bilateral e simétrica, mas pode haver assimetria. Acomete grandes e pequenas articulações e abrange com maior frequência as regiões mais distais. Pode haver edema, e este, quando presente, normalmente está associado à tenossinovite. Na fase aguda também tem sido observado dor ligamentar. A mialgia quando presente é, em geral, de intensidade leve a moderada.

Fase subaguda: Durante esta fase a febre normalmente desaparece, podendo haver persistência ou agravamento da artralgia, incluindo poliartrite distal, exacerbação da dor articular nas regiões previamente acometidas na primeira fase e tenossinovite hipertrófica subaguda em mãos, mais frequentemente nas falanges, punhos e tornozelos. Síndrome do túnel do carpo pode ocorrer como consequência da tenossinovite hipertrófica (sendo muito frequente nas fases subaguda e crônica). O comprometimento articular costuma ser acompanhado por edema de intensidade variável.

Fase crônica: Após a fase subaguda, alguns pacientes poderão ter persistência dos sintomas, principalmente dor articular e musculoesquelética e neuropática, sendo esta última muito frequente nesta fase. As manifestações têm comportamento flutuante. Os principais fatores de risco para a cronificação são: idade acima de 45 anos, significativamente maior no sexo feminino, desordem articular preexistente e maior intensidade das lesões articulares na fase aguda. O sintoma mais comum nesta fase crônica é o acometimento articular persistente ou recidivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizado por dor com ou sem edema, limitação de movimento, deformidade e ausência de eritema. Normalmente, o acometimento é poliarticular e simétrico, mas pode ser assimétrico e monoarticular. Também há relatos de dores nas regiões sacroilíaca, lombossacra e cervical. Ocasionalmente, articulações incomuns como temporomandibulares (dor a movimentação mandibular) e esternoclaviculares estão acometidas. Em frequência razoável são vistas manifestações decorrentes da síndrome do túnel do carpo, tais como dormência e formigamento das áreas inervadas pelo nervo mediano. Alguns pacientes poderão evoluir com artropatia destrutiva semelhante à artrite psoriática ou reumatoide. Alguns trabalhos descrevem que esta fase pode durar até três anos, outros fazem menção a seis anos de duração.

4.2. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Exames Específicos: Pesquisa do RNA viral as principais técnicas moleculares utilizadas são o RT-PCR; pesquisa de anticorpos específicos (ELISA); testes sorológicos

4.3. TRATAMENTO

Até o momento, não há tratamento antiviral específico para chikungunya. A terapia utilizada é de suporte sintomático, hidratação e repouso.

Fase aguda: Na dor de leve intensidade tanto a dipirona como o paracetamol são bons analgésicos. Alguns pacientes com dor moderada a intensa, persistente, poliarticular ou incapacitante, podem necessitar de medicações por via intravenosa. Nos casos de dor intensa e persistente, além dos dois analgésicos já descritos deve ser associado um opioide, no caso o tramadol IV é uma boa escolha.

Cerca de 30% dos pacientes podem apresentar componente de dor neuropática associada à dor articular, que não responderá aos analgésicos habituais, nesses casos a amitriptilina em baixas doses (50mg/dia) é bem tolerada, porém não deve ser prescrita em associação com inibidores da monoaminoxidases (Imao), utilizados em depressão maior (fenelzina, tranilcipromina e isocarboxazida).

Em casos de idosos a amitriptilina pode levar à sedação, sendo preferível o uso da gabapentina, iniciando em doses baixas.

A amitriptilina não deve ser utilizada em pacientes com história de arritmia cardíaca, optar por gabapentina.

Na fase aguda os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) não devem ser prescritos como drogas de primeira linha devido ao risco de sangramento aumentado desses pacientes.

Não utilizar corticoide na fase de aguda da viremia, devido ao risco de complicações.

Fase subaguda: O uso de corticoide é indicado para a doença na sua fase subaguda ou crônica, com dor moderada a intensa, o medicamento de escolha é a prednisona

Fase crônica: Para o tratamento da fase crônica da doença, pode ser iniciado a hidroxicloroquina como primeira escolha, podendo ser associada com analgésicos da fase aguda. Caso a dor persista instensa após seis semanas, deve-se associar a sulfassalazina, Após seis semanas, se a dor intensa persistir, a associação deverá ser substituída por metotrexato. Deve-se aguardar mais seis semanas, se houver ausência de melhora da dor, encaminha-se ao reumatologista.

5. FEBRE AMARELA

5.1. QUADRO CLÍNICO

A febre amarela tem um espectro clínico muito amplo, podendo apresentar desde infecções assintomáticas e oligossintomáticas até quadros exuberantes com evolução para a morte. A forma clássica é caracterizada por apresentar um quadro clínico bifásico. A duas fases

são separadas por um curto período de remissão. A viremia ocorre durante a primeira fase, quando o quadro clínico é inespecífico e corresponde às formas leves e moderadas.

A primeira fase é caracterizada pelas formas leve e moderada. De um modo geral, os sintomas da forma leve restringem-se a febre moderada de início súbito, acompanhada ou não de cefaleia, mal-estar e tontura. Esse quadro tem duração rápida, de algumas horas a dois dias, com evolução espontânea para cura. Na forma moderada, as manifestações são mais visíveis do que nas formas leves, podendo-se observar, além do quadro febril um pouco mais intenso, a ocorrência de cefaleia e mialgias de intensidade variável. Também pode ser observado, embora não obrigatoriamente, discreta icterícia ou pequenas hemorragias. O quadro evolui por até três dias e os pacientes recuperam-se de forma satisfatória. Geralmente, em torno do 3º dia de doença pode haver remissão do quadro com desaparecimento de febre e dos demais sintomas, caracterizando o "período de remissão" que dura de poucas horas até 1 ou 2 dias.

A segunda fase ou "período de intoxicação ou de localização" corresponde às formas graves. Após a remissão de febre, por algumas horas (em geral 12-48 horas), há a sensação de bem-estar, que é seguida de nova sintomatologia, incluindo febre alta, cefaleia, dorsalgia, náuseas, vômitos, dor abdominal e sonolência (período de toxemia). Na fase de toxemia podem ainda ocorrer astenia e prostração, agravadas por uma ingestão oral diminuída e vômitos persistentes, e as hemorragias (epistaxe, sangramento gengival, petéquias e equimoses, hematêmese e melena). Na fase toxêmica, o sinal de Faget (dissociação pulso-temperatura, febre alta e pulso lento) ocorre em geral no primeiro dia, desaparecendo no segundo dia. Níveis de bilirrubinas próximos do normal ocorrem no início do quadro, mas, posteriormente na evolução os pacientes apresentam icterícia progressiva. A icterícia acentuada e as elevações nos níveis de aminotransferases continuam por vários dias, ao mesmo tempo em que ocorrem a azotemia e a oligúria progressiva pela necrose tubular aguda. Aqueles que apresentam insuficiência hepática fulminante têm elevação significativa das enzimas hepatocelulares, alargamento do tempo de protrombina e diminuição brusca do fator V da coagulação. O quadro clínico, nesses casos, é de confusão mental, flapping e hálito adocicado pela encefalopatia hepática. Convulsões e coma aparecem nos estágios tardios da doença, mas o exame do líquor mostra aumento da proteinorraquia sem pleocitose (ou com aumento discreto da celularidade), consistente com edema cerebral difuso e encefalopatia. A albuminúria é uma característica muito presente na Febre Amarela e auxilia na diferenciação

de outras causas de hepatite viral. Com a evolução, advêm choque e acidose metabólica, disfunção miocárdica com arritmias e, em alguns pacientes com pior prognóstico, disfunção de múltiplos órgãos.

Podem ocorrer formas atípicas fulminantes, levando à morte precoce em 24 a 72 horas após o início da doença. O quadro clínico é de início abrupto, predominando a insuficiência renal com discreta ou mesmo ausência de comprometimento hepato-renal, não havendo evolução bifásica. A icterícia torna-se franca, e a dor no hipocôndrio direito (loja hepática) é intensa. Instala-se insuficiência renal com oligúria ou anúria. É comum ocorrer hematêmese, melena, gengivorragia. A hematêmese, com vômitos negros, representa a forma hemorrágica mais grave. Quando a icterícia é intensa, pode ocorrer kernicterus, ou seja, impregnação do sistema nervoso central com bilirrubina, resultando em convulsões decorrentes da encefalopatia que se instala. Essa situação agrava ainda mais o quadro clínico, culminando, muitas vezes, com o óbito do paciente. O prognóstico é grave, registrando-se alta letalidade, mesmo em regime de terapia intensiva.

5.2. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Exames Específicos: Diagnóstico virológico obtido pelo isolamento do vírus com detecção de antígenos virais e/ou ácido nucleico viral (RT-PCR); diagnóstico sorológico de pesquisa de IgM (ELISA)

5.3. TRATAMENTO

Não existe tratamento específico para a febre amarela, pois nenhum fármaco mostrou atividade contra o vírus. Assim, o tratamento é sintomático, voltado para combater os sintomas e sinais apresentados pelos pacientes, com terapia de suporte precoce e agressiva. A prevenção é feita com a vacinação.

O suporte com oxigênio (se hipoxemia), fluidos e vasopressores é indicado para tratar e prevenir hipotensão e acidose metabólica.

Os antagonistas do receptor de histamina tipo 2 (H2) e o sucralfato podem ter valor na prevenção ou na melhora do sangramento gástrico. Evitar sedativos e drogas dependentes do metabolismo hepático é prudente, e os intervalos de dosagem devem ser ajustados na disfunção renal. No caso de encefalopatia, devem ser investigadas e tratadas causas metabólicas tratáveis, particularmente hipoglicemia.

O plasma fresco e a vitamina K devem ser administrados para reabastecer os fatores de coagulação, mas não devem ser prescritos em pacientes sem sangramento.

O combate da febre deve ser feito com antitérmicos convencionais nas doses geralmente utilizadas e a cefaleia e as mialgias podem ser tratadas com analgésicos convencionais. O paracetamol é a droga mais indicada.

Antieméticos também ajudam a prevenir hematêmese. A metoclopramida é o fármaco de eleição para o combate de náuseas e vômitos. Pelos mesmos motivos, recomenda-se usar inicialmente a via intravenosa e depois a via oral.

Casos graves devem ser hospitalizados.

A Febre Amarela pode ser prevenida com a vacina atenuada 17DD, que produz imunidade em mais de 95% dos receptores e proteção a longo prazo (pelo menos 10 anos e possivelmente ao longo da vida) com uma única dose subcutânea de 0,5 mL e 90% dos vacinados já apresentam anticorpos com 10 dias da vacinação.

6. CASO CLÍNICO

E.G.S, sexo feminino, 20 anos de idade, lúcida, eupneica, eutrófica, bem orientada no tempo e espaço, vem ao PSF com queixa de febre, dor no corpo, “dor atrás dos olhos” e dor nas articulações. A paciente relata morar próximo a um local onde o acúmulo e lixo é frequente. Considerando que sua suspeita principal é de alguma arbovirose, como você conduziria o caso?

R: como o tratamento das arboviroses, de início, é sempre sintomático, a fim de amenizar os sintomas você deverá iniciar o uso de analgésicos e antitérmicos, como o paracetamol e a dipirona. Lembrar sempre que, toda arbovirose, antes de ser diagnosticada, é considerada dengue, portanto, não se deve fazer o uso de AINEs, por risco de manifestações hemorrágicas. Pelo fato de a paciente não apresentar instabilidade hemodinâmica, o tratamento, a princípio, será em nível ambulatorial e domiciliar. Para descobrir qual arbovirose é a mais provável, deve-se fazer uma anamnese completa: aferir a temperatura, investigar a intensidade da dor, fazer a prova do laço e etc, pois os sintomas referidos pela paciente estão presentes em quase todas as arboviroses. Para um diagnóstico mais preciso, deverá ser solicitado algum exame laboratorial específico: os principais são para pesquisa do material genético do vírus (RT-PCR) e o de sorologia (ELISA). Caso confirmado, algumas das

arboviroses, deve-se enquadrar a paciente no grupo específico de gravidade e manter e/ou continuar o tratamento.

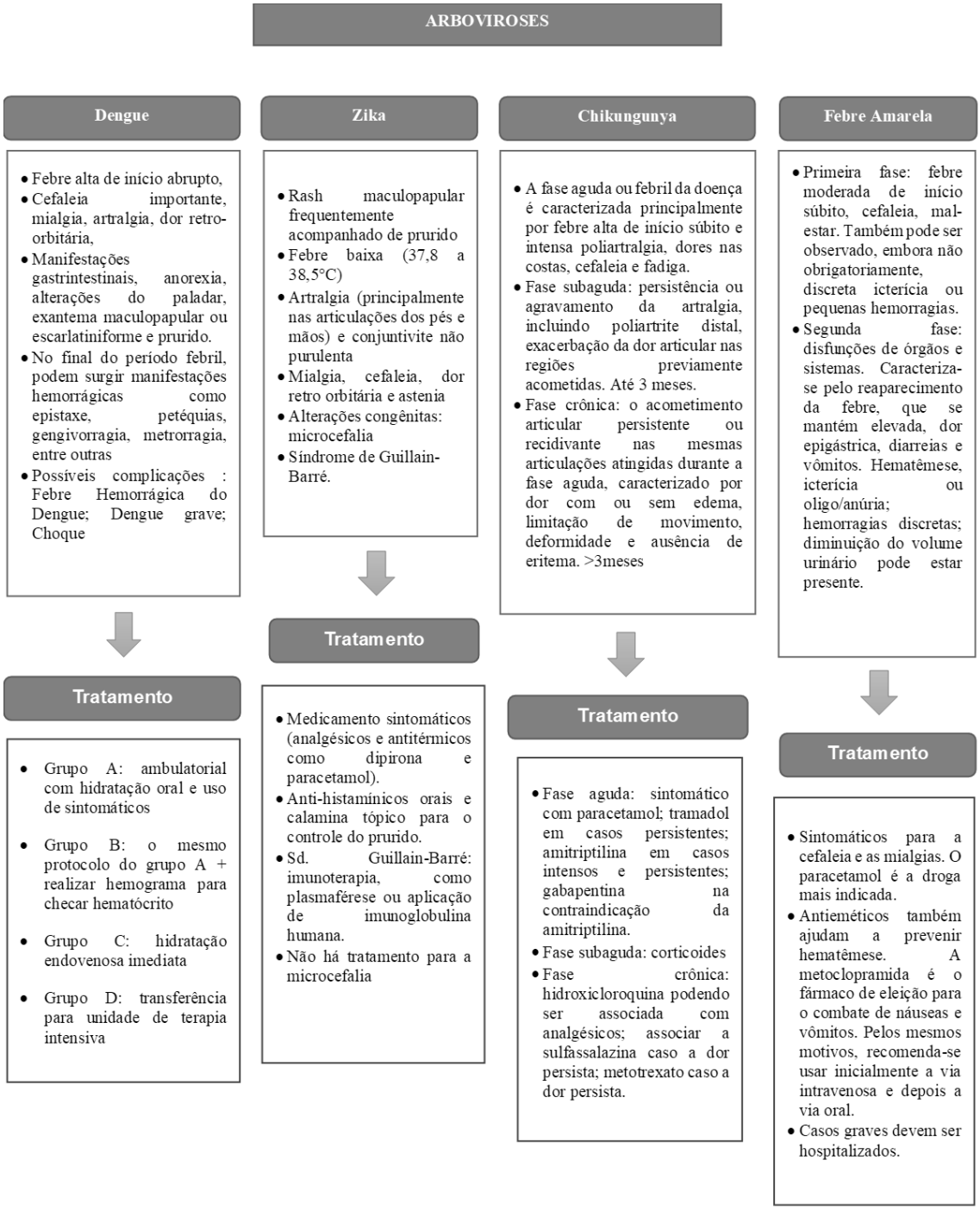
QUESTÕES

1. **D.F.S, sexo masculino, 20 anos de idade, mora na serra de Tianguá, vem ao PSF com queixa de dor retrorbicular e dor no corpo. Nega sintomas gastrointestinais, nega sintomas neurológicos, nega sangramentos. Ele relata morar vizinho a uma oficina de carros. A sua temperatura corporal está 39º. Você examina seus olhos e realiza a prova do laço, não encontrando anormalidades. Considerando que sua suspeita principal é de dengue em que quadro você o classifica e qual o tratamento?**
   a) grupo A, tratamento ambulatorial e domiciliar com hidratação oral e sintomáticos
   b) grupo C, tratamento emergencial com hidratação venosa
   c) grupo A, tratamento ambulatorial e domiciliar com hidratação oral e uso de ibuprofeno
   d) grupo B, tratamento ambulatorial e domiciliar com hidratação oral
   e) grupo B, tratamento ambulatorial com uso de sintomáticos
2. **A respeito do zika vírus, marque a opção correta**
   a) o zika vírus possui um baixo neurotropismo
   b) a Síndrome de Guillain – Barré é ocasionada pela neurotoxicidade que o vírus tem
   c) hiperemia conjuntival (conjuntivite não purulenta) é um sinal infrequente
   d) os AINEs são as drogas de escolha para início de tratamento
   e) é caracterizado por iniciar um quadro de febre alta
3. **O quadro clínico da Chikungunya na fase aguda e o respectivo tratamento é:**
   a) febre baixa e intensa poliartralgia; analgésicos e antitérmicos para a febre e paracetamol associado a dipirona para as dores
   b) febre alta e intensa poliartralgia; analgésicos e antitérmicos para a febre e paracetamol associado a dipirona para as dores
   c) febre alta e intensa poliartralgia; analgésicos e antitérmicos para a febre e ibuprofeno para as dores
   d) febre baixa e intensa poliartralgia; analgésicos e antitérmicos para a febre e ibuprofeno para as dores

e) febre alta e intensa poliartralgia; analgésicos e antitérmicos para a febre e corticoides para as dores

(Gabarito: 1A; 2B; 3B)

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico – Brasília: 2017. P. 65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundacão Nacional de Saúde. Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento – Brasília: 2002. P. 20.

BRASIL. Ministério de Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa. Procedimentos a serem adotados para a vigilância da Febre do vírus Zika no Brasil. Brasília: 2016.

DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. [S.L.]: Artmed, 2004.

MEDICINA DE EMERGÊNCIA: Abordagem prática 13. ed. Barueri: Manole, 2019.

CAPÍTULO XXVIII

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-28

Autor(a): Pedro Túlio Monteiro Araújo
Coautores: Antonio Luan Mesquita Fonseca
Hellen Gomes Fernandes
Mateus Rodrigues de Aguiar
Orientador(a): Kailane Martins Cardoso

1. INTRODUÇÃO

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma antropozoonose de evolução crônica, com variadas manifestações clínicas, que podem acometer pele e mucosas. Causada por protozoários do gênero Leishmania, tem como vetores e hospedeiros intermediários os mosquitos hematófagos da subfamília Phlebotominae (flebotomíneos), e tem os mamíferos como hospedeiros definitivos. Nos mamíferos, os parasitas ocorrem na forma amastigota (aflagelada); já nos insetos, eles se transformam na forma promastigota (flagelada).

A sua transmissão se dá não apenas em regiões florestais, como também em áreas urbanizadas. Os flebotomíneos têm capacidade de se procriar independentemente da existência de florestas, e animais domésticos podem estar envolvidos na transmissão do parasita em regiões urbanas.

Presente em todos os estados brasileiros, é considerada um relevante problema de saúde pública, sendo uma doença sobre a qual se tem limitados conhecimentos sobre muitos de seus aspectos. Para o bem da população em geral, é fundamental que os médicos e estudantes de medicina acumulem conhecimentos sobre essa afecção, que certamente acometerá um número importante de indivíduos em muitas regiões do Brasil ao longo dos próximos anos.

2. QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas da leishmaniose tegumentar exibem grande variabilidade e dependem, dentre outros fatores, da resposta imune do hospedeiro e da espécie de leishmania infectante.

É possível diferenciar a doença em 4 formas clínicas distintas: a forma cutânea localizada, a forma cutânea-mucosa, a forma difusa e a forma mucosa.

2.1. FORMA CUTÂNEA LOCALIZADA

Tem um período de incubação que varia de 2 semanas a 2 meses. A lesão inicial costuma se desenvolver no local da picada do flebótomo, e começa como uma mácula que evolui para uma lesão ulcerada. Essa úlcera cresce num período variável entre 3 ou 4 meses, e em seguida se estabiliza, tendendo à cura espontânea em poucos meses ou anos. Linfadenomegalia satélite pode estar associada à infecção.

A úlcera clássica da forma cutânea localizada é de formato circular, com bordas elevadas, fundo avermelhado e com granulações grosseiras. Não costuma sangrar espontaneamente e, é geralmente, indolor ou pouco dolorida. A úlcera pode tornar-se dolorida e purulenta quando ocorre colonização por bactérias ou fungos. A maioria dos doentes apresenta lesão única, e poucos apresentam mais do que 3 úlceras. Além da ulceração clássica, a doença pode também se manifestar por meio de lesões vegetantes ou verrucosas, por exemplo.

É importante considerar como diagnóstico diferencial da forma cutânea localizada as ulceras crônicas em membros inferiores (nesses casos, se atentar para pacientes com idade avançada e com comorbidades como diabetes, hipertensão e problemas vasculares), tuberculose cutânea, paracoccidiomicose cutânea, e neoplasias, por exemplo.

LTA na forma cutânea localizada, em dois pacientes diferentes. Fonte: arquivo gentilmente cedido pelo Dr. Anastácio de Queiroz Sousa.

2.2. FORMA CUTÂNEA-MUCOSA

Também chamada de forma cutânea disseminada, inicia com o aparecimento de uma ou mais lesões clássicas da forma cutânea, e evolui com o aparecimento de muitas lesões papulares e tuberosas pelo corpo, geralmente mais frequentes no rosto e no tronco. Na maioria das vezes também ocorrem lesões em mucosas, e a maioria dos pacientes apresenta mais do que 3 lesões. Parte dos doentes também apresenta sintomas sistêmicos como indisposição, dores musculares e febre; acredita-se que esse fato se relaciona com a disseminação hemática e linfática dos parasitas.

2.3. FORMA DIFUSA

Também chamada de forma anérgica, é rara e grave, e se relaciona com a deficiência da resposta imune celular do hospedeiro. No Brasil, é causada apenas pelo *Leishmania*

(Leishmania) amazonensis. Inicia, geralmente, com uma lesão única, e evolui de forma lenta com a multiplicação de vários nódulos, máculas e pápulas pelo corpo. Tem má resposta ao tratamento e muitos pacientes apresentam recidivas.

2.4. FORMA MUCOSA

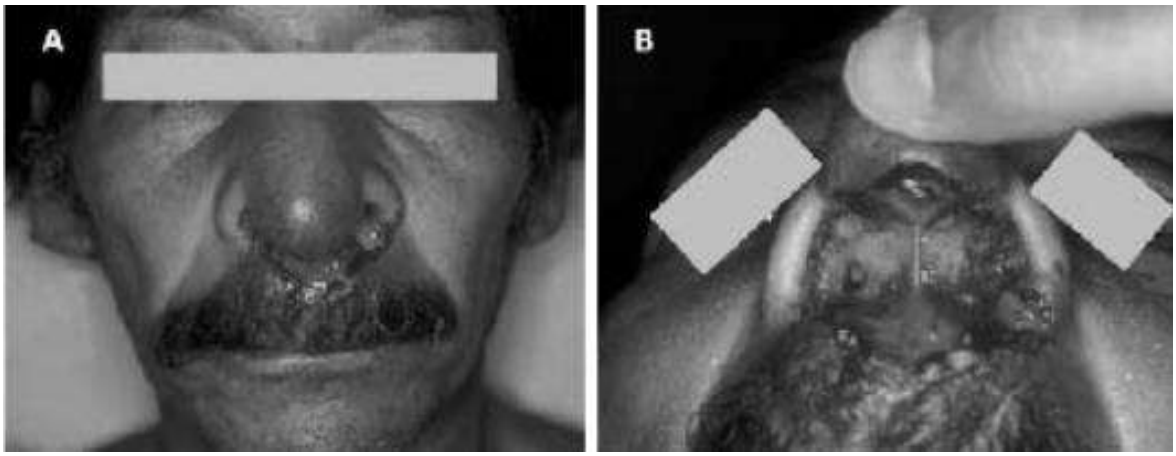
Acomete estruturas como o septo nasal, a orofaringe, o palato e a laringe. É importante fator de risco para o desenvolvimento dessa moléstia a ocorrência da leishmaniose cutânea com lesões grandes, que se reverteram espontaneamente ou que foram tratadas de forma insatisfatória. Entretanto, alguns indivíduos não apresentam história de leishmaniose cutânea anterior, sugerindo que a enfermidade pode ter ocorrido de forma subclínica. É fundamental sempre examinar a mucosa do nariz e da boca de todos os pacientes com leishmaniose cutânea.

A forma em questão apresenta evolução arrastada, e frequentemente se inicia com uma lesão indolor no septo nasal, eritematosa e com erosão superficial na mucosa, podendo gerar no indivíduo acometido obstrução nasal, eliminação de crostas, desconforto e epistaxe.

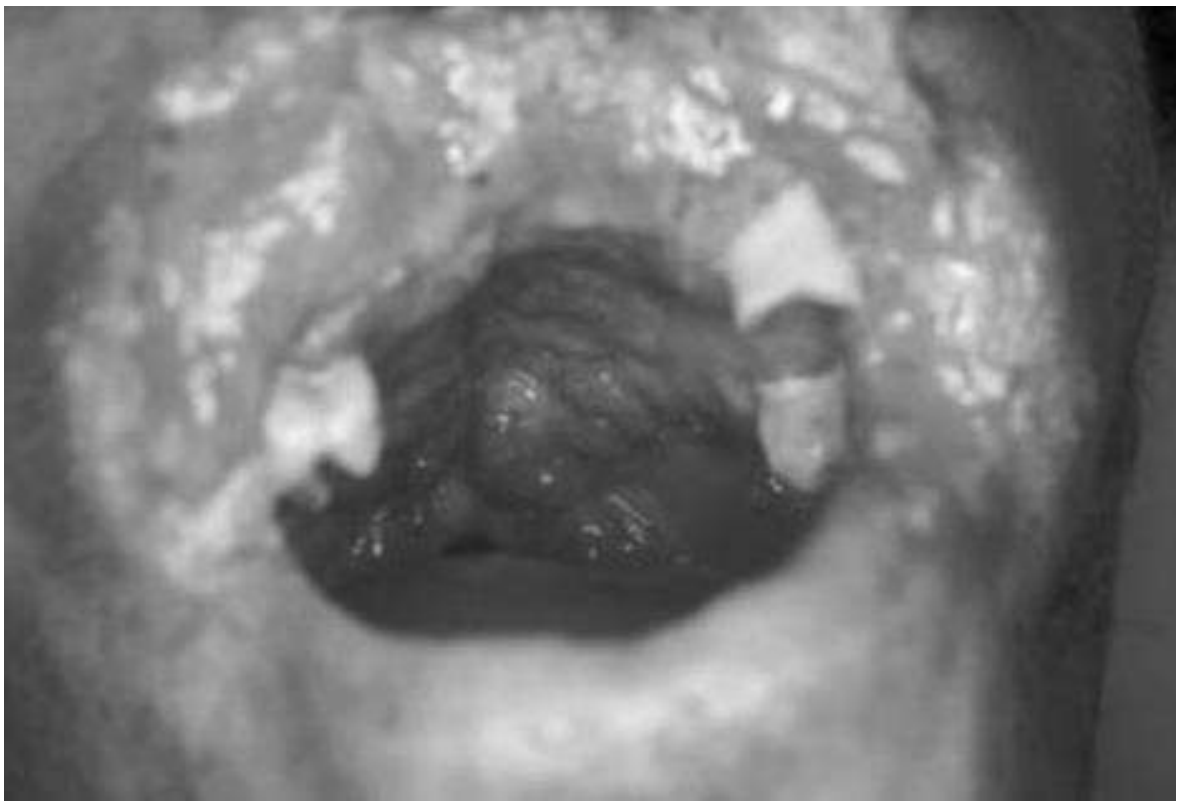
A doença pode progredir com destruição e mutilação do septo nasal ou do palato mole, por exemplo, mas também pode evoluir com ulcerações superficiais e discreta perfuração septal, com notável aumento das partes moles acometidas. Quando ocorre acometimento da faringe e da laringe, dispneia, odinofagia, tosse e afonia podem estar presentes. É sempre importante a atenção para a ocorrência, também, de infecções secundárias nas lesões, que podem gerar dor e cefaleias.

Como diagnóstico diferencial da leishmaniose mucosa, doenças como hanseníase, tuberculose, sífilis terciária, neoplasias, paracoccídiomicose e histoplasmose, por exemplo, podem ser consideradas.

Apenas 1% dos indivíduos evoluem para óbito; entretanto, os prejuízos para os pacientes são extremamente relevantes, pois podem distorcer de forma grosseira a face do adoecido, prejudicando sua auto-estima e convívio social.



LTA na forma mucosa, acometendo região nasal. Fonte: arquivo gentilmente cedido pelo Dr. Anastácio de Queiroz Sousa.



LTA na forma mucosa, com destruição do lábio superior e grande comprometimento do palato. Fonte: Arquivo gentilmente cedido pelo Dr. Anastácio de Queiroz Sousa.

3. MANEJO

3.1. DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da LTA pode basear-se no quadro clínico do paciente e na epidemiologia do local onde este se encontra. Ainda assim, é importante a complementação diagnóstica, principalmente com o teste de Intradermorreação de Montenegro (IDRM), a pesquisa direta de parasitas e, em alguns casos, a prova terapêutica.

O IDRM se baseia na resposta de hipersensibilidade celular retardada, e é feito por meio de uma injeção intradérmica de 0,1ml de antígeno de leishmania. Ele é positivo quando, após 48-72h, surge uma enduração com diâmetro igual ou superior a 5 mm no local da aplicação. Após 6 semanas do surgimento da lesão cutânea, cerca 90% dos indivíduos apresenta positividade no teste. Antes desse tempo, é possível que o teste seja falso negativo.

Uma IDRM positiva, ainda, não significa necessariamente que um indivíduo está com leishmaniose tegumentar. Pessoas que já contraíram a doença, de forma clínica ou subclínica, ou indivíduos que já se submeteram a IDRM anteriormente podem apresentar um resultado positivo. É importante saber disso, já que uma pessoa que mora em uma área endêmica com uma lesão sugestiva de LTA pode apresentar um teste falso positivo. É importante salientar, também, que pode ocorrer positividade na IDRM por reação cruzada com outras doenças, como chagas, tuberculose e hanseníase.

Pacientes portadores da forma mucosa apresentam resultados fortemente positivos na intradermorreação; na forma cutânea difusa, é comum que os doentes apresentem resultado negativo para o teste, e que ocorra viragem no resultado após o tratamento. Nas formas cutâneas localizada e cutânea-mucosa, o índice de positividade pode chegar a 97%.

É recomendado, antes de iniciar intervenção terapêutica, a pesquisa direta de parasitas na lesão, uma vez o tratamento pode inviabilizar o achado do patógeno. Lesões estabelecidas há mais de um ano provavelmente não apresentarão parasitas na pesquisa. Em muitos locais no Brasil, infelizmente, apenas a IDRM pode estar disponível. O melhor método de pesquisa direta consiste na escarificação do bordo da lesão.

O exame histopatológico tem maior importância para diagnóstico diferencial com neoplasias. A histopatologia mais frequente nos casos de LTA consiste em uma dermatite granulomatosa difusa e ulcerada.

3.2. TRATAMENTO:

Dentre as drogas utilizadas no tratamento da LTA no Brasil, podemos destacar o antimoniato de N-metil-glucamina (antimonial pentavalente), a anfotericina B e a pentamidina, além do fluconazol, que constitui uma opção terapêutica alternativa.

O antimonial pentavalente pode ser usado para tratar todos os tipos de LTA e sua administração deve ser feita de modo que sua dose seja calculada com base em miligrama de antimônio pentavalente por quilograma de peso corporal por dia (mg Sb5+/kg/dia). Uma

ampola com 5ml do remédio contém 405mg de Sb5+. Esse fármaco pode ser usado por via IM, EV ou aplicado diretamente na lesão, sendo a via EV mais recomendada quando o paciente possui trombocitopenia.

É fundamental a atenção para importantes efeitos colaterais que podem ocorrer com o uso desse fármaco. Um dos principais sistemas que podem ser acometidos é o cardiovascular, pois esta medicação pode causar distúrbios de condução cardíaca. Nesse sentido, é comum que ocorra inversão ou achatamento da onda T ao eletrocardiograma, na maioria das vezes sem repercussão clínica importante para o usuário. Entretanto, arritmias, taquicardia supraventricular e bloqueios atrioventriculares podem ocorrer e ocasionar óbito, sendo mandatória a interrupção da droga nesses casos. Por conta dessa toxicidade, pacientes cardiopatas só devem utilizar o antimonial em ambiente hospitalar.

Sintomas como artralgia, mialgia, anorexia e epigastralgia podem ocorrer, geralmente não causando maiores complicações para os pacientes. Entretanto, náuseas e vômitos juntamente com dor epigástrica podem ser indicativos de intoxicação grave. Durante o tratamento, podem ocorrer alterações transitórias em enzimas hepáticas, pancreáticas, além da ocorrência de proteinúria. Indivíduos em uso de antimônio devem suspender a ingestão de bebidas alcoólicas.

O antimoniato pentavalente não deve ser droga de primeira escolha para indivíduos maiores de 50 anos e para pacientes cardiopatas, nefropatas ou hepatopatas. A droga é, ainda, contraindicada para gestantes. Qualquer efeito adverso grave deve ser notificado às autoridades sanitárias.

O Desoxicolato de Anfotericina B pode ser utilizado em caso de má resposta ao antimoniato, e deve ser iniciado após 14 dias da interrupção do antimônio. Esta medicação pode causar distúrbios hidroeletrolíticos, como hipopotassemia, devendo, portanto, ser feito controle e reposição quando necessário. A droga é contraindicada para nefropatas, e deve ser utilizada com cautela na gestação, caso os benefícios se sobressaiam aos possíveis riscos.

A Pentamidina é outra possível droga, que mostrou bons resultados nos casos de LTA causados por *Leishmania (Leishmania) amazonensis.* É contraindicada para gestantes, crianças menores que 1 ano, portadores de distúrbios metabólicos relacionados à glicose, nefropatas, hepatopatas ou cardiopatas.

O Fluconazol é um antifúngico de administração oral que apresenta baixa toxicidade e baixo custo. A sua segurança e facilidade de administração facilita e aumenta a adesão da

terapêutica pelos pacientes. Essas características fazem com que esse fármaco seja uma boa opção alternativa para o tratamento da LTA cutânea localizada. É importante frisar que o Fluconazol não pode ser utilizado em pacientes grávidas.

O tratamento da LTA pode ocorrer em nível primário, secundário ou terciário, a depender do quadro clínico e da gravidade do paciente.

Pacientes com a forma cutânea localizada devem, antes do início do tratamento, ter suas lesões medidas, para que se tenha um parâmetro de sua evolução. Sua terapêutica deverá levar em conta o tipo provável de parasita infectante a partir do quadro clínico e da epidemiologia do local, uma vez que exames para fazer a detecção do tipo de leishmania não são disponíveis em muitos locais do Brasil.

Caso a infecção não seja causada por *Leishmania guyanensis*, a primeira escolha é:

- Antimoniato de N-metil-glucamina. EV, de 10-20 mg Sb5+/kg/dia, em dose única diária durante 20 dias (dose máxima diária de 1215 mg/Sb5+).

Ou

- Antimoniato de N-metil-glucamina, subcutânea, uma a três aplicações de 5ml por sessão, com intervalo de 15 dias entre as sessões.

A segunda escolha é:

- Desoxicolato de Anfotericina B, EV, 0,7-1mg/kg/dia ou em dias alternados. Dose total de 25-40 mg/kg (dose máxima diária de 50mg).

Caso a infecção seja causada por *Leishmania guyanensis*, a primeira escolha é:

- Isetionato de Pentamidina, EV, 4 mg/kg/dia, em três doses com o intervalo de 48h (dose máxima diária de 300mg).

Ou

- Isetionato de Pentamidina, IM, 4 mg/kg/dia, em três doses com o intervalo de 72h (dose máxima diária de 300mg).

A segunda escolha é o Antimoniato de N-metil-glucamina, da mesma forma citada para os casos em que a infecção não é causada pelo *Leishmania guyanensis.*

Além disso, nos casos de LTA na forma cutânea localizada, também pode ser instituído tratamento alternativo com o uso de Fluconazol, na dose de 8mg/kg/dia, por 6 semanas ou até o fechamento da lesão.

É importante, além dos fármacos, a limpeza das lesões com água e sabão, além da aplicação de compressa com permanganato de potássio diluído em 1/5000.

O tratamento das formas cutânea disseminada, cutânea-mucosa e mucosa devem ser realizados, preferencialmente, em um centro de referência especializado.

3.3. CRITÉRIOS DE CURA:

Os critérios de cura são clínicos, sendo necessário o acompanhamento regular do paciente por 12 meses para avaliação da resposta à terapêutica e identificação de recidivas.

FORMAS DA LTA	CRITÉRIOS DE CURA
Formas cutâneas	- Epitelização completa das lesões em até 90 dias após primeiro esquema de tratamento; - Desaparecimento em até 180 dias de sinais de crosta, descamação, infiltração e eritema.
Formas mucosas	- Remissão de todos os sinais ao exame otorrinolaringológico até 6 meses após conclusão da terapêutica (caso seja inviável este acompanhamento por especialista, o clínico treinado deve, ao menos, realizar rinoscopia anterior e oroscopia).

Para as formas cutâneas, caso não ocorra epitelização completa em até 90 dias após a terapêutica ou ocorra o aparecimento de novas lesões, é recomendada a instituição do segundo esquema de tratamento em um centro especializado.

Para as formas mucosas, os pacientes devem retornar para avaliação mensalmente por 3 meses após o fim da terapêutica para avaliação para avaliação de cura (pacientes HIV positivo devem fazer esse acompanhamento por 6 meses). Após a cura, deve ocorrer acompanhamento de 2 em 2 meses até 12 meses do fim do tratamento.

4. CASO CLÍNICO

H.C.L, 36 anos, natural de Santos, morador da serra da Meruoca há 3 anos, busca atendimento no posto de saúde de sua região, com queixa de “feridas na canela” há 6 meses. Na consulta, se mostra preocupado, uma vez que seu avô faleceu de câncer de próstata, e teme que sua lesão possa ser um câncer de pele. Comenta que, apesar de não sentir dor, precisou tomar coragem para se consultar, já que achava sua ferida “muito feia” e que temia se tratar de uma doença muito grave. Ao ser questionado, diz que tem muitos mosquitos no sítio onde mora, e que cria vários cachorros. Diz que nenhum de seus familiares nunca tiveram nada parecido. Ele nega tabagismo, doenças cardiovasculares e diabetes.

Ao exame físico, paciente se apresenta consciente e orientado, com bom estado geral, afebril, acianótico, normotenso e normocorado. Apresenta IMC de 20,2.

Ao exame dermatológico, são evidenciadas 2 lesões em MMII, uma na parte anterior da coxa, de 2cm, e outra na parte lateral de sua canela, de 1cm. As duas feridas são muito parecidas, de formato circular, ulceradas e com as bordas elevadas. Ambas têm base eritematosa e fundo avermelhado, com granulações grosseiras.

Questões Propostas

1. **Sabendo que a serra da Meruoca é uma região endêmica para Leishmaniose Tegumentar Americana, assinale o item correto:**
   a) A maior probabilidade é que essas feridas se tratem de problemas circulatórios e se relacionam com a idade do paciente.
   b) Como o paciente apresenta mais de uma lesão, o diagnóstico mais provável é LTA na forma cutânea disseminada.
   c) O diagnóstico mais provável é LTA na forma cutânea localizada, entretanto, é fundamental, ao exame físico, a pesquisa de lesões em mucosa nasal e oral.
   d) É muito provável que as lesões tratem-se de câncer de pele, uma vez que o paciente tem história familiar positiva para neoplasias.
   e) Como o paciente já possui 2 lesões no momento da consulta, é de mais de 70% a chance de o paciente evoluir para a forma mucosa da LTA
2. **Que exames laboratoriais devem ser solicitados para o diagnóstico da patologia em questão?**
   a) PCR e biópsia
   b) Ensaio imunoenzimático (ELISA) e biópsia.
   c) IDRM e pesquisa direta do parasita por esfregaços em lâmina do bordo da lesão, se possível.
   d) IDRM e PCR.
   e) Não são necessários exames laboratoriais no caso em questão.

3. **Em relação ao tratamento mais adequado para o caso supracitado, assinale a alternativa correta:**
   a) Não é importante, para a escolha da droga a ser utilizada, saber qual espécie de leishmania é mais prevalente na serra da Meruoca.
   b) Se, na serra da Meruoca, o parasita mais prevalente for a L (L.) amazonensis, a droga de primeira linha é o Antimoniato de N-metil-glucamina.

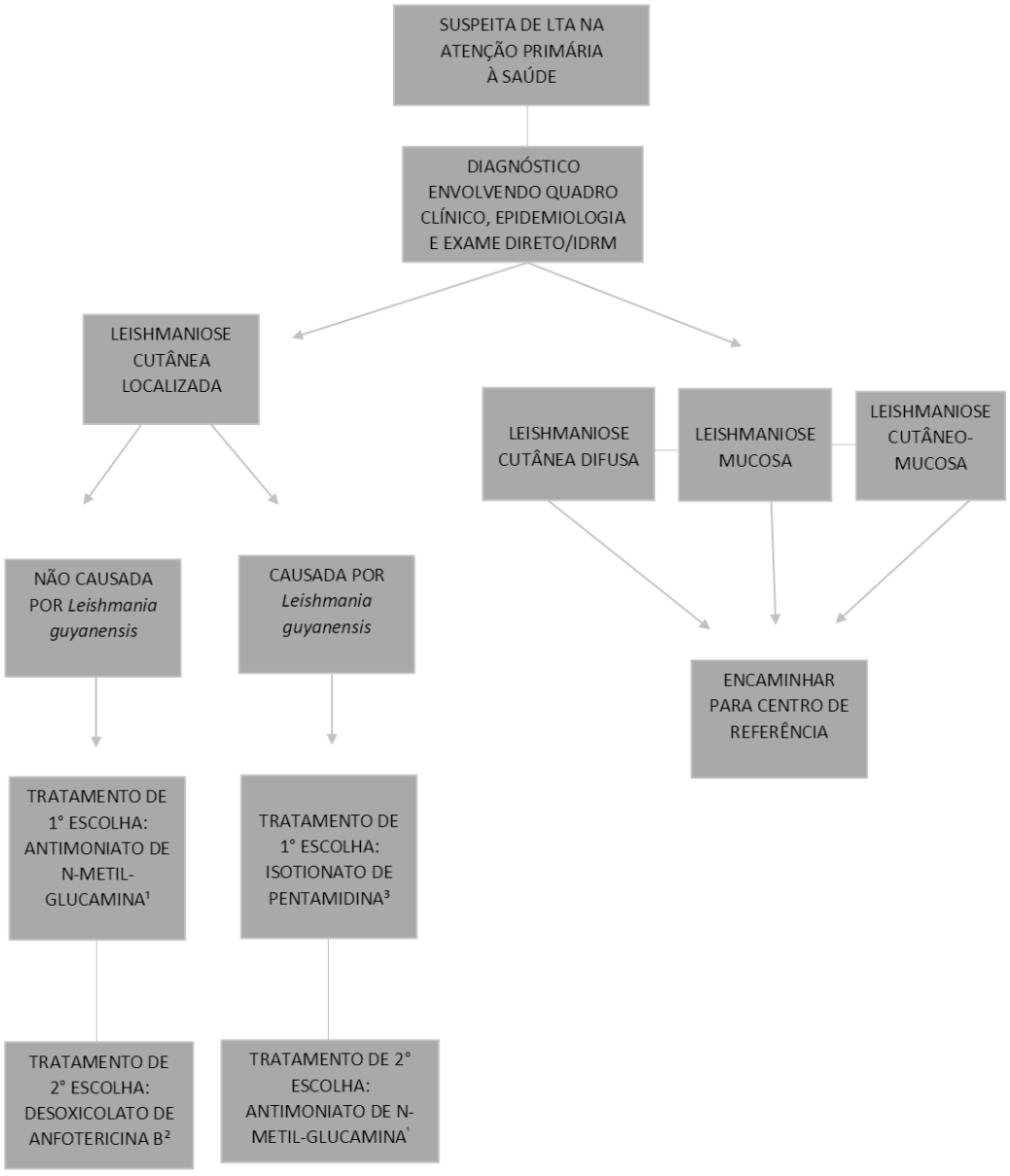
c) O tratamento disponível na UBS para o tratamento da LTA é a Anfotericina B Lipossomal.

d) Se, na serra da Meruoca, o parasita mais prevalente for a L (L.) guyanensis, a droga de primeira linha é o Antimoniato de N-metil-glucamina.

e) Orientar o paciente a fazer o asseio das lesões com água e sabão dificulta o seu processo de cicatrização.

Gabarito: 1-C; 2-C; 3-B.

FLUXOGRAMA



1.Antimoniato de N-metil-glucamina. EV, de 10-20 mg Sb5+/kg/dia, em dose única diária durante 20 dias (dose máxima diária de 1215 mg/Sb5+) ou Antimoniato de N-metil-glucamina, subcutânea, uma a três aplicações de 5ml por sessão, com intervalo de 15 dias entre as sessões.

2.Desoxicolato de Anfotericina B, EV, 0,7-1mg/kg/dia ou em dias alternados. Dose total de 25-40 mg/kg (dose máxima diária de 50mg).

3.Isetionato de Pentamidina, EV, 4 mg/kg/dia, em três doses com o intervalo de 48h (dose máxima diária de 300mg) ou Isetionato de Pentamidina, IM, 4 mg/kg/dia, em três doses com o intervalo de 72h (dose máxima diária de 300mg).

REFERÊNCIAS

ANTONIO, L F. Resposta à intradermorreação de Montenegro, tempo de evoluçãoda lesão e ocorrência de falha terapêutica na forma cutânea da leishmaniosetegumentar americana: um estudo caso-controle. Rio de Janeiro, 2011. 55 f.Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] – Instituto dePesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar [recurso eletrônico]. –Brasília :Ministério da Saúde, 2017.

OLIVEIRA, J. M. S. C. Avaliação do efeito terapêutico do fluconazol no tratamento da Leishmaniose tegumentar americana: estudo preliminar. 2014. 63 f. Dissertação (Mestrado em Patologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

SOUSA, Anastácio de Queiroz. Leishmaniose cutânea no Ceará: aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica. Fortaleza – CE: [s.n], 2009.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de Infectologia. 5 ed. [S.L.]: Atheneu, 2015. V. 2.

CAPÍTULO XXIX

DOENÇA DE CHAGAS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-29

Autor(a): Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
Coautores: Bárbara Ponte Souza
Manoel Vieira do Nascimento Júnior
Pedro Túlio Monteiro Araújo
Orientador(a): Isadora Silva Melo

1. INTRODUÇÃO

A doença de Chagas é uma infecção humana causada pelo *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), um protozoário, tendo o *Triatoma* como principal vetor (inseto popularmente conhecido como "barbeiro", "bicudo", "fincão" ou "chupão") e sendo uma doença de notificação compulsória. A enfermidade infecciosa pode ser aguda e crônica, representando um relevante problema de saúde pública em nosso país e possuindo alta morbimortalidade e prevalência, principalmente em populações de origem rural e pobres, além do mais é a principal doença negligenciada no Brasil. Atualmente, devido ao êxodo rural e fluxos migratórios de outros países endêmicos, apresenta-se, também, em áreas urbanas. O perfil mais comum do infectado é de uma pessoa adulta, meia idade ou mais, que nem sempre conhece o inseto barbeiro, com a forma crônica, pobre e oriundo do meio rural.

2. MECANISMOS DE TRANSMISSÃO E CLASSIFICAÇÃO

A transmissão se dá por diferentes modos:

- Transmissão vetorial, contato com urina e fezes do inseto por via direta;
- Transmissão oral, ingestão de alimentos contaminados com os parasitos, como o açaí, bacaba, jaci (coquinho), palmito de babaçu e caldo de cana;
- Transmissão por transfusão sanguínea ou transplante de órgãos;
- Transmissão congênita;
- Transmissão por acidentes laboratoriais, contato da pele ferida ou de mucosas com material contaminado.

- Transmissão sexual.

A Doença de Chagas é classificada em fase aguda e crônica, sendo esta subdividida em crônica assintomática (forma indeterminada) e sintomática, com a última podendo apresentar a forma cardíaca, digestiva, mista ou nervosa.

3. DIAGNÓSTICO.

3.1. DOENÇA DE CHAGAS AGUDA (DCA)

É o período inicial da doença, apresentando incubação de 7 a 9 dias se contaminação vetorial ou oral e 7 a 90 dias se via transfusional ou transplante. Nessa fase há sintomas inespecíficos, como febre prolongada (podendo haver surgimento de micropoliadenopatia), astenia e mal-estar, ou pode se apresentar de modo assintomático ou oligossintomático. A parasitemia é detectável, principalmente por exames diretos. É mais grave em crianças de pouca idade e imunodeprimidos. Quando não tratada regride, baixa a parasitemia e aumentam os anticorpos IgG ou pode evoluir para morte, devido à miocardite e/ou meningoencefalite.

Em casos de transmissão oral, além de febre, diarreia, vômitos, epigastralgia intensa há relatos de sintomas diferenciados e com maior letalidade, como rash cutâneo, hemorragia digestiva, icterícia, elevação das aminotransferases e quadros mais frequentes e graves de insuficiência cardíaca. Nessa via de contaminação podem ocorrer microssurtos em pessoas que ingeriram alguns dias antes os mesmos alimentos.

Deve-se suspeitar em DCA naquelas pessoas febris de regiões endêmicas, bebês com mães acometidas, quadro febril após transfusão e em surtos comunitários com febre, taquicardia, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e distúrbio digestivos, principalmente na Amazônia.

Quadro 1. Manifestações clínicas da doença de Chagas na fase aguda. Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doenças de Chagas, 2018.

▪ Febre (geralmente constante, não superior a 39 ºC), mal-estar, cefaleia, astenia e hiporexia; ▪ Sinal de porta de entrada de infecção (casos de transmissão vetorial; menos frequentes): o Sinal de Romaña: edema elástico das pálpebras unilateral, indolor, com reação de linfonodo satélite (principalmente pré-auricular), com edema frequentemente se propagando à hemiface correspondente; o Chagoma de inoculação: formação cutânea pouco saliente, endurecida, avermelhada, pouco dolorosa e circundada por edema elástico.

- Edema (generalizado ou localizado em face ou membros inferiores) de consistência elástica ou mole, geralmente se apresentando após a segunda semana, sem relação com sinais de porta de entrada;
- Exantemas e chagomas hematógenos, acometendo pele e tecido celular subcutâneo, sem alteração da cor, não aderentes a planos profundos, comumente indolores e com tamanho variável;
- Linfonodos com aumento discreto a moderado no volume;
- Hepatomegalia e/ou esplenomegalia pequena a moderada;
- Miopericardite;
- Encefalite;
- Anemia, linfócitos com presença de linfócitos atípicos, plasmocitose e neutropenia relativa;
- Alterações eletrocardiográficas: diminuição da voltagem do complexo QRS, bloqueio atrioventricular de primeiro grau, alteração primária da repolarização ventricular e aumento da sístole elétrica.

3.1.1. EXAMES COMPLEMENTARES

Na fase aguda, os exames padrão ouro são os parasitológicos diretos, que identificam a presença do *T.cruzi* na corrente sanguínea, sendo ideal a realização simultânea de diferentes exames parasitológicos diretos. A coleta do sangue deve ser feita com o paciente em quadro febril e dentro de 30 dias do surgimento dos sintomas.

Exames sorológicos não são os melhores para diagnosticar nessa fase. Xenodiagnóstico e hemocultura são pedidos em suspeita de positividade em leitura precoce (07 a 10 dias), porém não caracterizam a fase aguda da doença.

Hemograma (linfocitose com linfócitos atípicos) e o Eletrocardiograma (ECG) são os exames secundários indicados. Alterações no ECG são incomuns, mas podem ser o primeiro apontador da enfermidade, como alterações de repolarização ventricular.

Quadro 2. Exames secundários. Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doenças de Chagas, 2018.

1. Urinálise (exame do sedimento urinário - EAS): útil para verificar a ocorrência de sangramento pelas vias urinárias;
2. Hemograma com plaquetas;
3. Eletrocardiograma (ECG);
4. Radiografia de tórax;
5. Testes de função hepática: verificação do acometimento hepático, especialmente em casos de doença de Chagas aguda por transmissão oral. As aminotransferases frequentemente aparecem elevadas. Bilirrubinas (totais e frações) também podem estar alteradas, com ou sem icterícia visível. Tempo de protrombina (TAP ou TP) prolongado sugere dano hepático;
6. Provas de coagulação (TTPA): devem ser realizadas sempre que possível, especialmente nos casos com acometimento hepático importante ou manifestações hemorrágicas;

7. Endoscopia digestiva alta: indicada em casos de dor epigástrica intensa refratária ao tratamento específico ou na vigência dos seguintes sinais de alarme: hematêmese (vômito de sangue), melena (sangue nas fezes), vômitos persistentes, disfagia ou anemia;
8. Ecocardiograma: em casos de sintomas sugestivos de miopericardite;
9. Exame do liquor cefalorraquidiano: suspeita clínica de meningoencefalite.

3.2. DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC)

A maioria dos pacientes é assintomático. Na maioria são adultos >30 anos, pobres de origem rural, zonas urbanas procuradas por migrantes rurais ou de áreas endêmicas, que receberam sangue contaminado com o parasito ou portadores de sintomas digestivos (obstipação, disfagia) ou cardíacos (arritmias, ICC). Para rastreio inicial é preciso de entrevista e exame físico adequados, diagnóstico sorológico, radiografia simples de tórax, ECG, radiografia contrastada do esôfago e enema opaco simplificado.

O diagnóstico se dá pela análise de 02 testes sorológicos com métodos diferentes. Se resultados discordantes é necessário um segundo exame, podendo repetir os testes já realizados ou empregar outra técnica. É importante lembrar que a sorologia indica apenas infecção, não possuindo valor prognóstico.

Os testes rápidos não substituem o diagnóstico convencional, porém são úteis em locais remotos sem infraestrutura laboratorial, em pessoas com difícil acesso aos serviços de saúde e com possibilidade de desacompanhamento, bem como em gestantes suspeitas durante o pré-natal ou durante o trabalho de parto.

Tabela 1 - Orientações para o diagnóstico da doença de Chagas na fase crônica. Adaptada do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doenças de Chagas, 2018.

Fase da doença	Teste diagnóstico
Crônica (diagnóstico inicial)	- Combinação de dois testes baseados em princípios distintos ou com diferentes preparações antigênicas, que podem ser: ELISA*, IFI, HAI, WB ou CLIA. - Teste rápido: caso seja negativo, o uso em testagem única, descarta a doença; teste positivo demanda confirmação diagnóstica com um dos testes acima.
Crônica (sorologias discordantes)	- Realizar um terceiro teste em diferente amostra de sangue, que pode ser: ELISA, IFI, HAI, WB ou CLIA.

ELISA: ensaio de imunoabsorção enzimática, absorbância acima de 1,0; IFI: imunofluorescência indireta, títulos maiores ou iguais de 1:40; HAI: hemaglutinação indireta, títulos maiores do que 1:16; WB: Western blot; CLIA: quimiluminescência. *Pode ser utilizada a combinação de dois testes ELISA, desde que com preparações antigênicas diferentes.

Forma crônica indeterminada: é a mais prevalente, os acometidos possuem parasitológico positivo e/ou soropositivos, mas são assintomáticos e sem alterações em ECG,

radiografia de tórax, esofágica e de cólon. Possui baixo potencial evolutivo a médio e curto prazo, apresentando benignidade do quadro clínico.

Forma crônica cardíaca: é a que reduz a qualidade de vida, podendo levar ao óbito. Possui evolução lenta, gerando alterações progressivas na função contrátil e ritmo cardíaco, miocardite crônica e fibrose levando anos até que surjam os primeiros sintomas de insuficiência cardíaca, sendo esta uma complicação comum, além de arritmias, tromboembolia, cardiomegalias (quadro mais graves) e outros. Ademais, a palpitação é precoce está associada a ectopias ventriculares e taquiarritimias, e também a dispneia progressiva ocorre precocemente.

O ECG é fundamental já que demonstra alterações inicias e é útil para avaliar a evolução da função cardíaca, sendo encontrado em quase 50% dos pacientes bloqueio completo de ramo direito (BCRD) e o de ramo esquerdo (BCRE) ocorrendo em até 16%.

Devido a tudo isso, a ausculta deve ser cuidadosa com o intuito de detecção de ectopias cardíacas. É comum, durante a ausculta, som duplo em B2 (desdobramento de amplo de B2, constate e variável), no 2° espaço intercostal direito em expiração e inspiração (mais audível neste momento).

A insuficiência cardíaca congestiva pode ter evolução progressiva dilatando as câmaras cardíacas- “coração bovino”. Na ausculta há a presença de B3 e sopros sistólicos de ejeção, indicando a presença de insuficiência valvar ou dos músculos papilares. A presença de B3 e o aumento do pulso venoso relacionam- se com pior prognóstico na IC.

Algumas alterações sugestivas de cardiopatia chagásicas crônica:

▪ BCRD ▪ Hemibloqueio anterior esquerdo ▪ Hemibloqueio posterior esquerdo ▪ Arritmia ventricular (extrassístoles polimorfas, aos pares e taquicardia ventricular)	▪ Aparições de doença do nó sinusal ▪ FA ▪ BAV de 2o grau (tipo Mobitz II) ▪ BAV de alto grau ▪ BAV de 3° grau	▪ Alteração primária da repolarização ventricular ▪ Baixa voltagem de QRS no plano frontal ▪ Zona eletricamente inativa

Forma crônica: nessa forma o sistema digestivo possui alterações na função motora (discinesias motoras, acalasias de esfíncteres), de secreção (distúrbios secretórios), alongamentos de segmentos afetados e absorção pela desnervação autônoma dos órgãos, em especial os plexos submucosos de Meissnner e Auerbach.

A esofagopatia chagásica (o megaesôfago, exemplo mais conhecido) possui como sintomatologia inicial a disfagia e é a alteração digestiva mais frequente na doença de Chagas no Brasil, sendo o diagnóstico clínico e radiológico. Pacientes com megaesôfago chagásico podem ter acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo encaminhado os casos com maior sintomatologia.

A colopatia chagásica (o megacólon, exemplo mais conhecido) é a alteração clínica mais tardia, apresentando disquezia, obstipação lenta, progressiva, podendo levar a formação de fecalomas, dores abdominais e até a formação de vólvulo. Pode ocorrer junto com a cardiopatia e ou esofagopatia, ou isolada.

Ambos acometimentos devem ser manejados de modo análogo aos casos sem a doença de Chagas.

4. TRATAMENTO

O tratamento específico atual impede a evolução da doença, ademais não há vacina segura e eficaz. Todos os acometidos pela moléstia precisam de atenção médica permanente enquanto não sobrevier a cura da parasitose. A grande maioria dos infectados pode ser atendida no ambulatório pelo médico de família, sendo que ao suspeitar da doença e definir a forma clínica pode iniciar o tratamento específico e estabelecer o prognóstico, destinando-se ao hospital os casos agudos gravíssimos, cardiopatia crônica em estágios avançados e casos que necessitam de cirurgia.

O manejo específico em qualquer fase da doença é feito pelo uso do benznidazol ou nifurtimox, sendo o primeiro o mais utilizado no Brasil. O tratamento reduz a parasitemia, melhora dos sintomas cínicos, aumento da expectativa e qualidade de vida além da redução das complicações clínicas da doença na fase aguda ou crônica.

O benznidazol é o tratamento de primeira linha, apresenta menos efeitos adversos e maior eficácia que o nifurtimox. A frequência de efeitos adversos é 53%, como parestesias, artralgias, intolerância gastrointestinal, dermatites e rash cutâneo, mas sem a necessidade de interrupção do tratamento. Complicações graves podem ocorrer, como a depressão da medula óssea com neutropenia, sendo necessário a realização de hemograma 03 semanas após o início do tratamento (ou 15 dias pós início, a depender da literatura base).

O nifurtimox é utilizado em casos de intolerância ao benznidazol. A frequência de efeitos adversos é de 85%, como intolerância gastrointestinal, eventos reumatológicos e acometimentos dermatológicos.

O tratamento ambulatorial necessita de supervisão semanal, com realização de hemograma a cada 15 dias e dar atenção a possível surgimento de leucopenia.

O manejo de suporte também deve ser usado, como repouso, cuidados gerais, diazepínicos se houver convulsões e prevenção ou tratamento da insuficiência cardíaca. Nos primeiros 02 meses é necessário o seguimento semanal e, logo em seguida, anual, realizando o exame clínico, eletrocardiográfico e sorológico. A cura é considerada quando apresentar negativação permanente da sorologia.

Tabela 2 - Recomendações terapêuticas para o tratamento etiológico da doença de Chagas. Adaptada do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doenças de Chagas, 2018.

Fase da doença de Chagas	Faixa etária	Tratamento etiológico
Aguda	Todas as faixas etárias	1° linha: Benznidazol 2° linha: Nifurtimox
Crônica indeterminada ou Digestiva	Crianças e adolescentes	1° linha: Benznidazol 2° linha: Nifurtimox
	Adultos < 50 anos	1° linha: Benznidazol Não usar Nifurtimox
	Adultos ≥ 50 anos	Não tratar de rotina**
Crônica cardíaca (fases iniciais*)	Todas as faixas etárias	Decisão compartilhada: oferecer possibilidade de tratamento, sendo tratar com benznidazol ou não tratar alternativas válidas Não usar nifurtimox
Crônica cardíaca (doença avançada)	Todas as faixas etárias	Não tratar

*Entende-se por cardiopatia chagásica em fases iniciais: casos com alterações no eletrocardiograma (ECG), com fração de ejeção (FE) > 40%, ausência de insuficiência cardíaca (IC) e ausência de arritmias graves. **Decisão compartilhada com o paciente para o tratamento do benznidazol no caso de não haver contraindicações.

Tabela 3 - Posologia do tratamento antiparasitário na doença de Chagas. Adaptada do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doenças de Chagas, 2018.

Medicamento	Público	Posologia
Benznidazol Comprimidos de 12,5 mg (pediátrico) e de 100 mg (adulto)	Adulto	(1) 5 mg/kg/dia, 1 a 3x ao dia, por 60 dias, ou (2) 300 mg/ dia, 2 a 3x ao dia, pelo número de dias equivalentes ao peso do indivíduo (máximo 80 dias)
	Pediátrico	5 a 10 mg/kg/dia, 2x ao dia, por 60 dias. Esquema sugerido:

		▪ Entre 2,5 e 5 kg: 1 comprimido (12,5 mg), 2x ao dia ▪ Entre 5 e 10 kg: 2 comprimidos (25 mg), 2x ao dia ▪ Entre 10 e 15 kg: 3 comprimidos (37,5 mg), 3x ao dia
Nifurtimox Comprimidos de 120 mg	Adulto	10 mg/kg/dia, 3x ao dia, por 60 dias
	Pediátrico	15 mg/kg/dia, 3x a dia, por 60 dias

5. ACOMPANHAMENTO

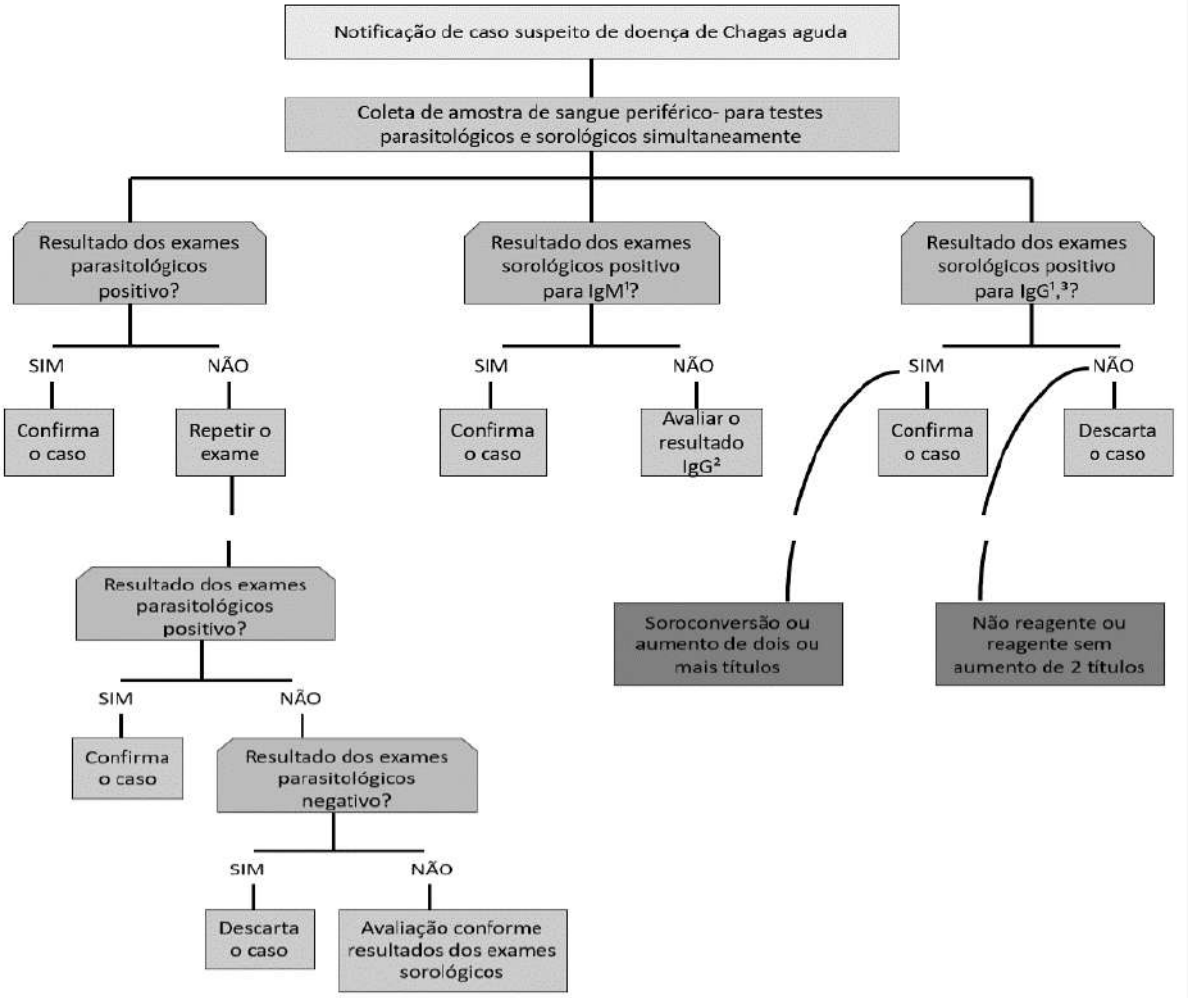
A cura é considerada quando apresentar negativação permanente da sorologia. Logo, não é necessário a realização de controle sorológico após o tratamento (ou retratamento) completo.

Paciente clinicamente estável e em uso de benznidazol pode ser atendido na APS. Se efeitos inesperados graves ou progressão da doença é necessário realizar o encaminhamento a um serviço especializado. O tratamento com o nifurtimox deverá ser feito em âmbitos especializados.

Aqueles que possuem a forma crônica devem ter seguimento longitudinal, com atendimentos periódicos para a realização de exames secundários, como ECG, mesmo já tendo realizado o tratamento etiológico ou não.

Quando referenciar: pacientes em quadros agudos benignos, sem alterações no ECG e sem sinais de ICC ou meningoencefalite, podem ser tratados a domicílio, bom como aqueles que apresentam a forma crônica assintomática, mas necessitam de revisões anuais com ECG. Em arritmias ventriculares e bloqueio de ramo direito ou atrioventriculares, quando preciso, deverão ser conduzidos ao cardiologista, bem como os pacientes com cardiomegalia ou ICC. Já a esôfago e a colopatia iniciais podem ter acompanhamento na APS, após avaliação do médico especialista.

Figura 1. Fluxograma para diagnóstico da doença de Chagas aguda por critérios laboratoriais.



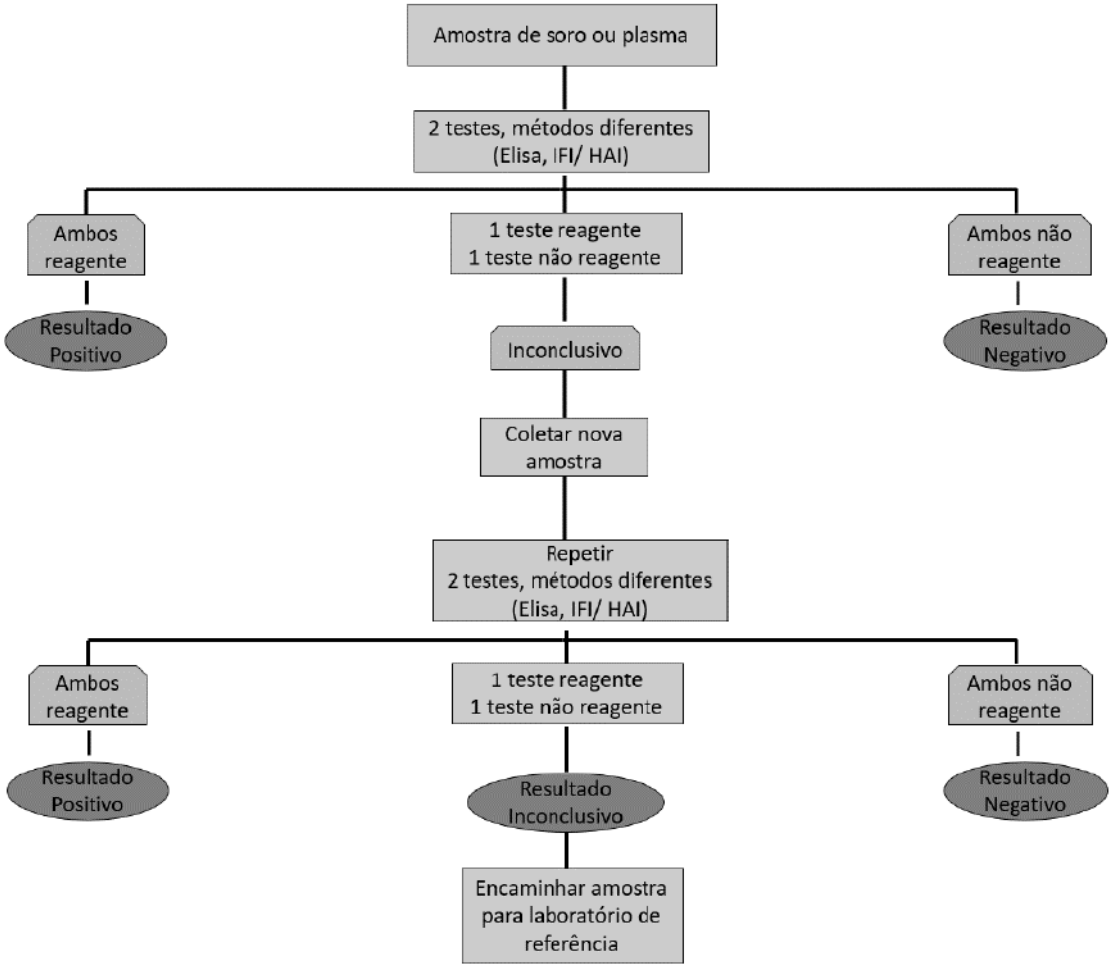
[1] A confirmação pelo critério sorológico deve ser avaliada criteriosamente levando em consideração o intervalo entre as datas de início de sintomas e coleta da amostra de sangue, além de evidências clínicas epidemiológicas.

[2] Na detecção de imunoglobulina M (IgM) – descartar o caso somente após a avaliação da sorologia por imunoglobulina G (IgG). Considerar soro reagente para IgM o título ≥ 1:40 e para IgG ≥ 1:80.

[3] Para confirmação pelo marcador IgG, são necessárias duas coletas com intervalo mínimo de 15 dias entre uma e outra, sendo preferencialmente execução pareada (inclusão da primeira e da segunda amostras no mesmo ensaio para efeitos comparativos).

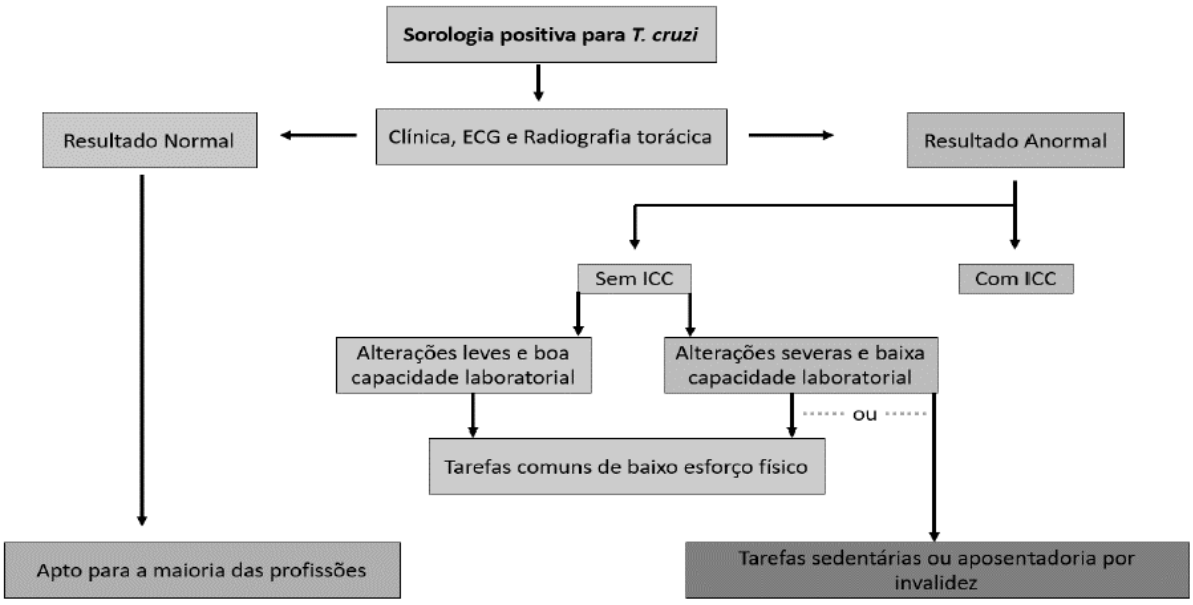
Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doenças de Chagas, 2018

Figura 2 – Fluxograma das etapas do diagnóstico laboratorial da infecção por T. cruzi na fase crônica, em casos suspeitos de doença de Chagas crônica.



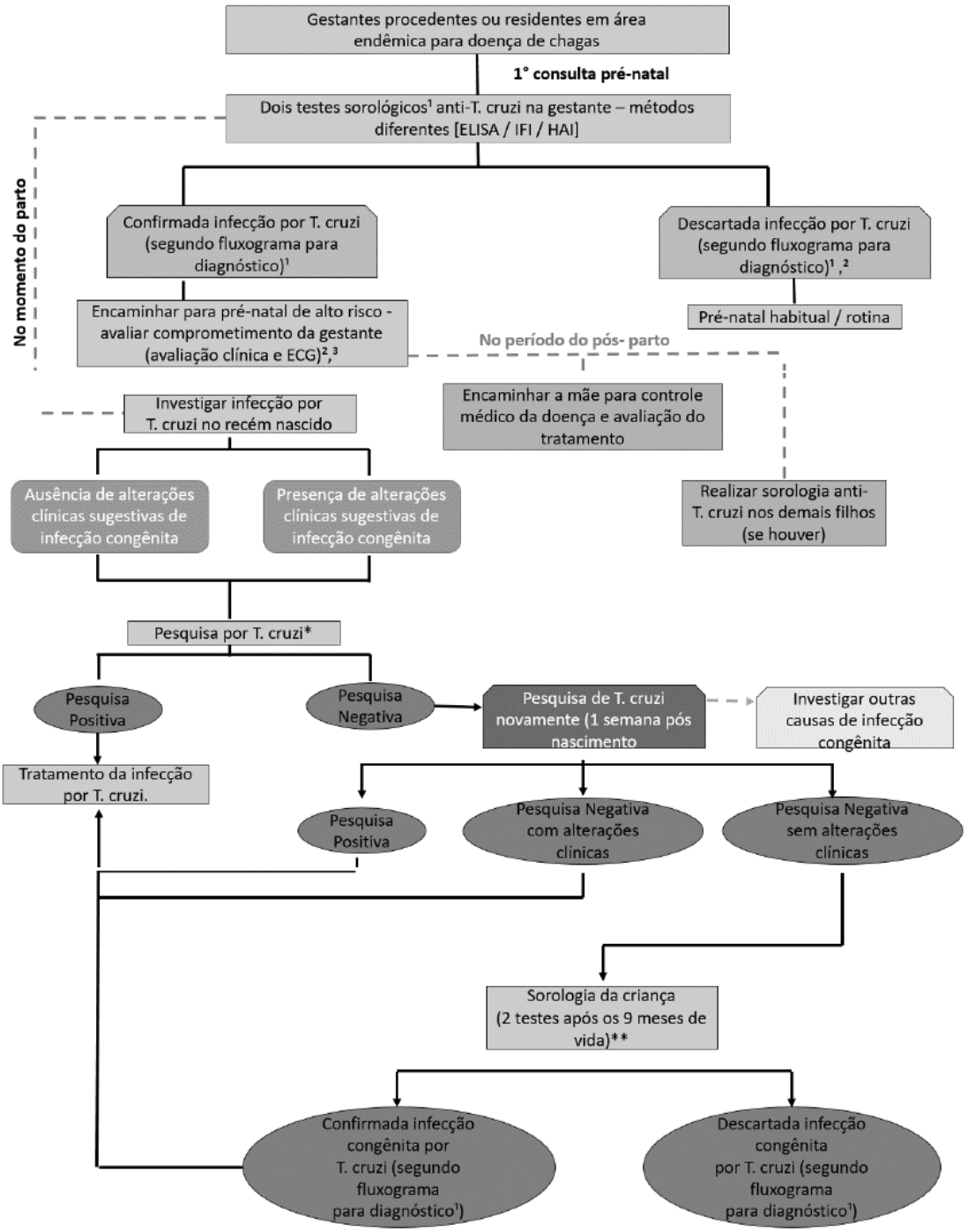
Fonte: Adaptado de II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

Figura 3. Fluxograma de avaliação da capacidade laboral de portador da DCH.



Fonte: Adaptado de Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. V.2.

Figura 4 – Fluxograma para abordagem da infecção por T. cruzi no binômio mãe/filho.



[1] Seguir fluxo para confirmação do diagnóstico da infecção por T. cruzi (ver seção referente ao diagnóstico laboratorial da infecção por Trypanosoma cruzi, neste Consenso).

[2] Caso os resultados dos exames complementares não evidenciem alterações, o pré-natal pode ser realizado dentro da rotina de Unidade Básica de Saúde (atenção primária à saúde). Diante de sinais/ sintomas sugestivos de doença de Chagas, deve-se continuar o pré-natal em unidade assistencial de referência para gestação de alto risco.

[3] Avaliação do feto por meio de ultrassonografia obstétrica, devendo-se buscar sinais de crescimento intrauterino restrito e outros sinais comuns ao grupo TORCH (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes).

* Testes parasitológicos estão recomendados nos primeiros dias de vida da criança.

** Após o 9º mês de vida, utilizar testes sorológicos para o diagnóstico da infecção.

Fonte: Adaptado de II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

6. CASO CLÍNICO

Em uma semana cheia de atendimentos no PSF você percebe que atendeu diversos pacientes com queixas semelhantes: febre prolongada de início elevada, acompanhada de calafrios e dores generalizadas, cefaleia, palidez, mialgias, exantema, edemas de face e membros inferiores, diarreia e vômitos. Ao analisar cada caso percebeu que essas pessoas trabalhavam no mesmo local (na feira de frutas e verduras do bairro) e possuíam uma refeição em comum (pastel com caldo de cana). Como você conhece bem a região sabe que há apenas um comércio que fornece essa alimentação próxima à feira, e também é de sua noção que houve casos de micro surtos de Doença de Chagas neste bairro anteriormente.

QUESTÕES

1. **Sabendo que os pacientes estão em fase aguda da Doença de Chagas, qual seria a transmissão mais aceita para o caso descrito?**
   a) Transmissão vetorial.
   b) Transmissão sanguínea.
   c) Transmissão oral.
   d) Transmissão sexual.

   Supondo que haja a confirmação do diagnóstico de HAS responda as questões 2 e 3.

2. **Quais exames são considerados padrão ouro para o diagnóstico na fase aguda da doença e quando devem ser realizados?**
   a) Exames parasitológicos diretos são o padrão ouro. Os métodos como pesquisa a fresco de tripanossomatídeos e métodos de concentração para o diagnóstico da fase aguda devem ser feitos simultaneamente, com a coleta sendo realizada no paciente com febre e até 30 dias do início de sintomas.
   b) Exames parasitológicos indiretos e o ECG são o padrão ouro. Sendo xenodiagnóstico e hemoculturas solicitados entre 7-10 dias de sintomas febris e exantemas devendo serem feitos simultaneamente.
   c) O diagnóstico é realizado pela combinação de dois testes sorológicos com métodos diferentes sendo o ELISA e a Imunofluorescência indireta considerados padrão ouro e sendo realizados até 30 dias do início do quadro febril.

d) Os testes rápidos são o padrão ouro e devem ser solicitados a qualquer momento do surgimento do quadro clínico.

3. Como seria o tratamento na fase aguda?

a) O tratamento não deve ser imediato, pois é necessário uso de Amiodarona uma semana antes da terapêutica recomendada pelo Ministério da Saúde. Após isso, deve-se escolher como primeira linha o Nifurtimox comprimidos de 120 mg. Já para segunda linha pode ser feito o Benznidazol Comprimidos de 12,5 mg (pediátrico) e de 100 mg (adulto).

b) O tratamento deve ser imediato com a escolha de primeira linha o Benznidazol Comprimidos de 12,5 mg (pediátrico) e de 100 mg (adulto). Já para segunda linha pode ser feito o Nifurtimox comprimidos de 120 mg.

c) O tratamento não deve ser imediato, pois é necessário uso de Amiodarona uma semana antes da terapêutica recomendada pelo Ministério da Saúde. Após isso, deve-se escolher como primeira linha o Benznidazol Comprimidos de 12,5 mg (pediátrico) e de 100 mg (adulto). Já para segunda linha pode ser feito o Nifurtimox comprimidos de 120 mg.

d) O tratamento deve ser imediato com a escolha de primeira linha o Nifurtimox comprimidos de 120 mg. Já para segunda linha pode ser feito o Benznidazol Comprimidos de 12,5 mg (pediátrico) e de 100 mg (adulto).

Gabarito: 1C, 2A, 3B

REFERÊNCIAS

BRASIL. Guia de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Brasília: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Doenças de Chagas. Brasília: 2018.

DIAS, J. C. P. et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. Epidemiologia e Serviços de Saúde. [S.L.]: [s.n.], 2015. p. 7-86. v. 25.

DIAS, J.C.P.; SIQUEIRA, I.O.C.; DIAS, R.B. Doença de Chagas. In: GUSSO D.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. V.2.

CAPÍTULO XXX

MALÁRIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-30

Autor(a): Júlia Oliveira de Assis
Coautores: Davisson Lopes da Costa
João Matheus Girão Uchôa
Wendelly Soares Torres
Orientador(a): Kailane Martins Cardoso

1. INTRODUÇÃO

A malária é uma doença infecciosa febril aguda causada por um protozoário do gênero Plasmodium e transmitida por meio da picada do mosquito fêmea do gênero Anopheles (mosquito prego). Existem cerca de 4 espécies de protozoários capazes de infectar o ser humano. Porém, no Brasil, o P. vivax é o mais incidente, seguida do P. falciparum e do P. malariae. O homem é o único reservatório de importância epidemiológica, e tanto adultos como crianças podem contrair a doença. Ademais, pessoas com histórico de exposição prolongada podem até adquirir certa resistência e apresentarem a infecção de forma oligo ou assintomática, fato que diminui a procura pelo tratamento. Essa circunstância os torna reservatórios que vão manter a endemia na região.

A infecção é iniciada quando o Plasmodium é inoculado no organismo. No momento da picada do mosquito vetor, o protozoário adentra na circulação do hospedeiro e atinge os hepatócitos, onde eles irão se multiplicar e se diferenciar em merozoítos. Após esse processo as novas formas irão ser liberadas no sangue para que ocorra a invasão dos eritrócitos, iniciando uma nova fase chamada de esquizogonia sanguínea. Os novos merozoítos formados rompem as hemácias infectadas para invadir outras, gerando nesse processo os ataques palúdicos. (Esses acessos sintomáticos repetem-se a cada 48 horas nas infecções por P. vivax e P. falciparum e a cada 72 horas nas infecções por P. malariae.)

A espécie mais prevalente, P. vivax, causa geralmente um quadro benigno e raramente faltal, uma vez que a sua preferência de infectar hemácias mais jovens impede que haja uma elevada parasitemia. Entretanto, devido à existência de hipnozoítos (formas dormentes no fígado) nessa espécie, os sinais clínicos da doença podem recorrer após um período de

latência se ela não for tratada ou tratada de forma inadequada. Já o P. falciparum, apesar de apresentar muitas vezes um quadro clínico indistinguível das outras espécies, apresenta maior possibilidade de evoluir para uma forma mais grave da malária que pode até ser fatal, principalmente, para adultos não imunes, bem como crianças e gestantes.

A enfermidade é um importante problema de saúde pública no mundo, tendo em vista que ela tem grande impacto na morbidade e na mortalidade da população, principalmente, de países situados em regiões tropicais e subtropicais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), foram registrados 228 milhões de casos e 405 mil mortes pelo globo no ano de 2018. Ademais, é importante ressaltar que países com uma maior proporção de sua população vivendo na pobreza possuem as maiores taxas de mortalidade por malária.

No Brasil, a Amazônia Legal é a região endêmica para a malária, tendo em vista que apresenta cerca de 99% da transmissão da doença. A região extra-amazônica do país compreende um número muito pequeno dos casos notificados e muitos não são provenientes da região. Entretanto, é importante ressaltar que há uma alta letalidade em consequência, principalmente, da demora do diagnóstico e do início do tratamento. A malária não tratada corretamente pode progredir para formas graves ou também, se houver a proliferação do mosquito vetor na região, provocar um aumento da transmissão da doença, fato que demonstra o quanto ela não deve ser negligenciada. Vale ressaltar que, em 2019, o Brasil conseguiu reduzir em 23,8% o número de casos de malária, passando de 193.837 em 2018 para 156.629. No ano de 2020, o país vem mantendo a redução, com uma queda, de janeiro a fevereiro, de 21,3% em relação ao mesmo período de 2019. Então, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça a importância de o Brasil continuar os esforços de combate à doença.

2. QUADRO CLÍNICO

O período de incubação da malária varia de acordo com a espécie do *Plasmodium*, sendo de 8 a 12 dias para o *P. falciparum*, de 13 a 17 para o *P. vivax* e 18 a 30 para o *P. malariae*.

O quadro clínico da malária é pontuado pelo aparecimento de febre a qual, geralmente, vem precedida por sinais e sintomas inespecíficos, como cefaleia, mialgia, náuseas e vômitos. Essa circunstância demonstra a necessidade da pesquisa da procedência

do paciente, uma vez que todos os indivíduos que estiveram ou estão em áreas endêmicas para a doença devem ser considerados suspeitos.

Com a progressão dos sintomas, a doença evolui para um quadro muito característico da malária que vai coincidir com a ruptura das hemácias ao final da esquizogonia sanguínea, o acesso palúdico. Ele é iniciado por calafrio, palidez e cianose labial com duração entre 15 minutos e 1 hora. Essa fase é seguida por febre alta, igual ou superior a 40°C, e sensação de mal-estar. Dentro de 2 a 6 horas, ocorre defervescência da febre e o paciente sente-se melhor, processo acompanhado também por elevada sudorese. Pode ainda ocorrer taquicardia, taquipneia, tosse, lombalgia, dor abdominal e até mesmo delírio.

Após a fase inicial, esses acessos sintomáticos assumem geralmente caráter intermitente. Então, repetem-se a cada 48 horas nas infecções por P. vivax e P. falciparum (malária terçã) e a cada 72 horas nas infecções por P. malariae (malária quartã). Contudo, nem sempre se observa esse clássico padrão, atestando que não se deve aguardar esse modelo característico para pensar no diagnóstico de malária.

O exame físico é pobre. Com a persistência da infecção, o paciente torna-se anêmico e perde peso. Essa anemia se apresenta em graus variáveis, sendo mais intensa nas infecções causadas pelo *P. falciparum.* Na maioria dos pacientes, o exame cardiovascular e respiratório é normal. Porém, taquicardia e sopro sistólico podem estar presentes em consequência de febre, anemia e desidratação. Outros achados físicos, de ocorrência menos frequente, incluem icterícia, hemorragia conjuntival, urticária e rash cutâneo petequial. Durante a fase aguda, é comum a ocorrência de herpes simples labial.

3. POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

A evolução do quadro clínico da malária depende de vários fatores, como a espécie do parasita, a parasitemia, o nível da imunidade adquirida do hospedeiro e o tempo da doença. Ademais, já se sabe que o diagnóstico oportuno e o tratamento precoce são meios de evitar a gravidade do quadro e a letalidade.

A maioria dos casos causados pela espécie P. vivax cursam sem gravidade e possuem baixa letalidade. Entretanto, mesmo que normalmente autolimitado e rapidamente resolvido com o tratamento antimalárico, pode ocorrer um quadro debilitante com anemia e trombocitopenia especialmente em indivíduos infectados pela primeira vez. Com menor

frequência, outras complicações podem ocorrer, como dano cerebral (coma malárico), edema agudo de pulmão, lesão renal aguda e hepatoesplenomegalia associada ou não à icterícia discreta. Há também o risco de ruptura esplênica, a qual é responsável pela maioria dos óbitos por essa espécie de parasito.

Já o *P. falciparum* é responsável pela maioria dos casos graves da doença e dos óbitos, principalmente, na infecção de adultos não imunes, gestantes e crianças. Ele causa uma infecção com elevada parasitemia por ser capaz de invadir qualquer hemácia, independentemente da idade. Essa espécie também causa alterações na membrana dos eritrócitos infectados, fato que favorece sua aglutinação nas paredes capilares, provocando trombose e isquemia tecidual.

São considerados graves os pacientes com: malária cerebral; anemia grave (hemoglobina < 5 g/dL; hematócrito < 15%); insuficiência renal aguda; edema pulmonar agudo, hipoglicemia (glicemia < 40 mg%); colapso circulatório (hipotensão com pressão sistólica < 70 mm/hg em adultos); edema pulmonar agudo; convulsões generalizadas repetidas; acidose metabólica (pH < 7,35); rebaixamento do nível de consciência (não coma); prostração; hiperparasitemia.

É muito importante conhecer as possíveis complicações da malária, tendo em vista que, se for identificado um ou mais sinais de alerta da tabela abaixo, o paciente deve ser avaliado e tratado em regime de assistência hospitalar quando for possível. Outras situações em que deve ocorrer o encaminhamento são: pacientes gestantes, imunodeprimidos, extremos de idade (menores de 1 ano e maiores de 70 anos), bem como ausência de resposta aos esquemas habituais de tratamento, inclusive recaídas com menos de 28 dias em pacientes com malária por P. vivax.

4. CONDUTA

4.1. DIAGNÓSTICO:

Quando pensar em malária? Todos os indivíduos que apresentam um quadro febril sem origem evidente e procedência de regiões onde a malária é doença endêmica devem ser considerados suspeitos. Entretanto, é possível confirmar o diagnóstico apenas com a detecção do parasita ou de antígenos relacionados no sangue periférico do paciente.

O padrão-ouro e a forma mais utilizados para fazer o diagnóstico de malária é o exame microscópico da gota espessa de sangue, colhida por punção digital e corada por Giemsa. Mesmo após o avanço de técnicas diagnósticas, esse exame continua sendo um método simples, eficaz, de baixo custo e de fácil realização. Além de ser capaz de detectar a espécie do parasito e o seu estágio de evolução, ele consegue ainda determinar a densidade parasitária, sendo muito importante para a avaliação prognóstica e terapêutica do paciente. Portanto, esse exame deve ser realizado em todo paciente com malária, principalmente nas infecções por *P. falciparum*, já que alta parasitemia pode significar maior risco de desenvolvimento de formas graves da doença.

Nos últimos anos, foram desenvolvidos métodos para a detecção de componentes antigênicos dos parasitos presentes no sangue da pessoa infectada por anticorpos mono e policlonais de forma prática e sensível. Eles são testes imunocromatográficos e representam uma nova forma de adquirir o diagnóstico precoce de malária. A sensibilidade e a especificidade desse teste de diagnóstico rápido (TDR) são altas, principalmente quando são realizados e armazenados de forma adequada e em parasitemia superior a 100 parasitos/µL. Porém, esses testes não são capazes de medir o nível de densidade parasitária e podem dar positivo mesmo na ausência de parasitos viáveis, fato que os tornam inadequados para o seguimento clínico do paciente.

Tabela 1 – Manifestações clínicas e laboratoriais indicativas de malária grave e complicada

Manifestações Clínicas: ▪ Dor abdominal intensa (ruptura de baço, mais frequente em P. vivax) ▪ Mucosas amareladas, icterícia. ▪ Mucosas muito hipocoradas (avaliada fora do ataque paroxístico febril) ▪ Redução do volume de urina a menos de 400 mL em 24 horas ▪ Vômitos persistentes que impeçam a tomada da medicação por via oral ▪ Qualquer tipo de sangramento ▪ Falta de ar (avaliado fora do ataque paroxístico febril) ▪ Cianose ▪ Aumento da frequência cardíaca (avaliar fora do acesso malárico) ▪ Convulsão ou desorientação (não confundir com o ataque paroxístico febril) ▪ Prostração (em crianças) ▪ Comorbidades descompensadas ▪ Hiperpirexia (temperatura > 41°C)
Manifestações Laboratoriais: ▪ Anemia grave ▪ Hipoglicemia ▪ Acidose metabólica ▪ Insuficiência renal ▪ Hiperlactatemia ▪ Hiperparasitemia (> 250.000/mm3 para P. falciparum)

Fonte: adaptado do Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Guia de tratamento da malária no Brasil (2020).

Pela praticidade de execução e de interpretação dos resultados, o TDR dispensa o uso do microscópio e o prolongado treinamento de pessoal. Portanto, segundo recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM), eles devem ser usados como alternativa para o diagnóstico da doença em áreas endêmicas remotas e de difícil acesso da Amazônia brasileira ou em regiões com incapacidade do serviço de saúde.

A importância da confirmação laboratorial para o início do tratamento da malária se deve ao fato do *Plasmodium* provocar sinais e sintomas que não são específicos, assemelhando-se aos de outras doenças febris agudas tais como dengue, chikungunya, zica, febre amarela, leptospirose, febre tifoide, infecção urinária, gripe e muitas outras.

5. TRATAMENTO:

A malária é uma séria doença de perfil endêmico no país que provoca um sério impacto socioeconômico na população, exigindo a disponibilização de recursos terapêuticos de forma gratuita com intuito de controlar a doença no país. Os medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e são distribuídos para as Secretarias de Estado de Saúde. Assim,

medicamentos específicos para o tratamento de malária não são oferecidos comercialmente em farmácias privadas, o que tende a evitar a automedicação.

É importante ressaltar que a prescrição de antimaláricos no Brasil só é permitida com resultado laboratorial confirmatório. Então, se o paciente continuar a apresentar os sintomas com teste laboratorial negativo, é necessário a execução dos exames a cada 24 horas até que o diagnóstico seja definido.

Os profissionais de saúde devem orientar o tratamento da malária de forma adequada e compreensível. Então, é importante que os horários de ingestão das medicações sejam definidos por meio de termos simples, como manhã, tarde e noite. A forma de ingeri-los deve ocorrer após uma refeição com o fito de evitar vômitos. Em caso de vômitos até 60 minutos da tomada, repetir toda a medicação da dose e, se ocorrer após 60 minutos, não é necessário repetir a medicação. Ademais, o médico deve reforçar que o paciente complete o tratamento conforme a recomendação, mesmo que os sintomas desapareçam, pois a interrupção pode levar a recidiva da doença ou agravamento do quadro, além de manter o ciclo de transmissão.

O tratamento da malária visa atingir pontos específicos do ciclo evolutivo do parasito. Ele pode ter como objetivo a interrupção da esquizogonia sanguínea, responsável pela patogenia e manifestações clínicas da infecção; a destruição de formas latentes do parasito no ciclo tecidual (hipnozoítos) das espécies P. vivax e P. ovale, evitando assim as recaídas, e ainda a interrupção da transmissão do parasito, pelo uso de drogas que impedem o desenvolvimento de formas sexuadas dos parasitos.

5.1. ESQUEMAS RECOMENDADOS PARA O *P. VIVAX*, *P. MALARIE* E O *P. OVALE*:

P. vivax, *P. malarie* e o *P. ovale* devem ser tratadas com cloroquina, a qual combate tanto as formas sanguíneas quanto os gametócitos dessas espécies. O tratamento deve ser realizado com essa droga por três dias, dose de 25mg/kg (10 mg/kg no 1° dia e 7,5 mg/kg no 2° e 3° dia) e dose máxima de 1.500mg.

As espécies *P. vivax* e *P.ovale* apresentam um esquema de tratamento mais complexo por terem os hipnozoítos, formas do parasito que ficam dormentes no fígado e são responsáveis por episódios de malária subsequentes, as recaídas. Portanto, o objetivo do tratamento dessas espécies é curar tanto as formas sanguíneas quanto as hepáticas, combinando os medicamentos cloroquina e primaquina. A cloroquina continua sendo utilizada da forma já descrita e a primaquina deve ser usada com uma dose diária de 0,25 mg

de base/kg de peso, diariamente por 14 dias (esquema longo) ou, alternativamente, a dose de 0,50 mg de base/kg de peso durante 7 dias (esquema curto). No Brasil, esse esquema curto é proposto com intuito de minimizar a baixa adesão à primaquina, o que é reforçado pelo fato do esquema de 0,25 mg/kg por 14 dias não parecer ser superior ao de 7 dias.

A primaquina apresenta ação sinérgica com a cloroquina ao agir também contra as formas assexuadas do parasito. Sem essa medicação, o clareamento da parasitemia é mais lento e a chance do exame microscópio de seguimento positivar é maior. Então, apesar de serem pacientes em que se recomenda o encaminhamento, é importante ressaltar que gestantes e crianças menores de 6 meses não pode fazer uso dessa medicação, fato que determina o uso de cloroquina profilática em grávidas (5 mg/kg/dose, até o máximo de dois comprimidos) semanalmente até um mês de aleitamento, além dos três dias iniciais da medicação, e o tratamento de crianças menores de 6 meses com Artemisinin Combined Therapy (ACT).

As doses da primaquina devem ser ajustadas conforme o peso do paciente por sua distribuição acontecer em todos os tecidos do corpo. Porém, em caso de pacientes com mais de 70 kg de peso, a dose de primaquina deve ser ajustada e distribuída em dias adicionais de duração do tratamento.

Caso o paciente volte a apresentar malária por P. vivax entre 5 e 60 dias, o tratamento recomendado é o uso de artemeter/lumefantrina ou artesunato/mefloquina durante três dias e primaquina (0,5 mg/kg/dia) por 14 dias.

5.2. ESQUEMA RECOMENDADO PARA *P. FALCIPARUM* E INFECÇÕES MISTAS:

A recomendação da OMS é uma terapia combinada de algum derivado de artemisinina (artemeter ou artesunato) e diferentes fármacos com intuito de aumentar o potencial antimalárico e diminuir o risco de resistência do parasito às drogas utilizadas. As associações eficazes e seguras disponíveis no Brasil são artesunato/mefloquina e artemeter/lumefantrina. Elas são utilizadas como esquemas de primeira escolha para tratamento da malária não complicada pelo *P. falciparum* e devem ser selecionadas de acordo com a disponibilidade local.

Ademais, deve ocorrer a administração da primaquina em dose única no primeiro dia de tratamento junto com os esquemas das artemisininas, na dose de 0,5 mg/kg. O uso dessa medicação é fundamental para que ocorra a adição de uma ação gametocitocida ao esquema

de medicações esquizonticidas sanguíneas já citadas, fato que irá possibilitar o bloqueio da transmissão para os vetores e a interrupção do ciclo da doença.

Para pacientes com infecção mista por *P. falciparum* e *P. vivax* (ou *P. ovale*), o tratamento deve incluir artemerter/lumefantrina ou artesunato/mefloquina que são drogas esquizonticidas sanguíneas eficazes para todas as espécies, associando-as à primaquina por sete dias.

Vale ressaltar que para acompanhar a resposta do paciente ao esquema terapêutico, é necessário realizar lâmina de verificação de cura (LVC) semanalmente após o fim do esquema de tratamento, até 40 dias para P. falciparum e até 28 dias para P. vivax.

6. FORMAS DE PREVENÇÃO DA DOENÇA:

Não existe, até o momento, vacina eficaz contra a malária. Então, a ações preventivas estão centradas em medidas individuais e coletivas no combate contra o mosquito vetor. Como o mosquito vetor tem, em geral, hábitos noturnos de alimentação, recomenda-se evitar a aproximação de áreas de risco após o entardecer e logo ao amanhecer do dia. O uso de mosquiteiros, roupas que protejam pernas e braços, telas em portas e janelas e uso de repelentes são medidas que têm esse objetivo. Além disso, como medidas coletivas, algumas estratégias têm sido consideradas para reduzir os níveis de transmissão nas áreas endêmicas: borrifação intradomiciliar com inseticidas de ação residual, pequenas obras de saneamento para eliminação de criadouros do vetor, melhoramento da moradia e das condições de trabalho, uso racional da terra, bem como educação e orientação das pessoas sobre a doença.

A quimioprofilaxia, que consiste no uso de medicações antimaláricas em doses subterapêuticas, com o objetivo de reduzir formas clínicas graves e óbito, é recomendada apenas para grupos específicos de pessoas, que se deslocam temporariamente para áreas endêmicas para a doença. No Brasil, a droga recomendada para a quimioprofilaxia é a doxiciclina.

No contexto da pandemia de COVID-19, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça a importância da proteção e prevenção dos trabalhadores de saúde para que sejam mantidos os progressos já atingidos na luta global contra a malária. O combate agressivo da pandemia é importante para que outras doenças fatais, como a malária, não sejam negligenciadas. Dessa forma, a OPAS e a OMS recomendam que os países continuem

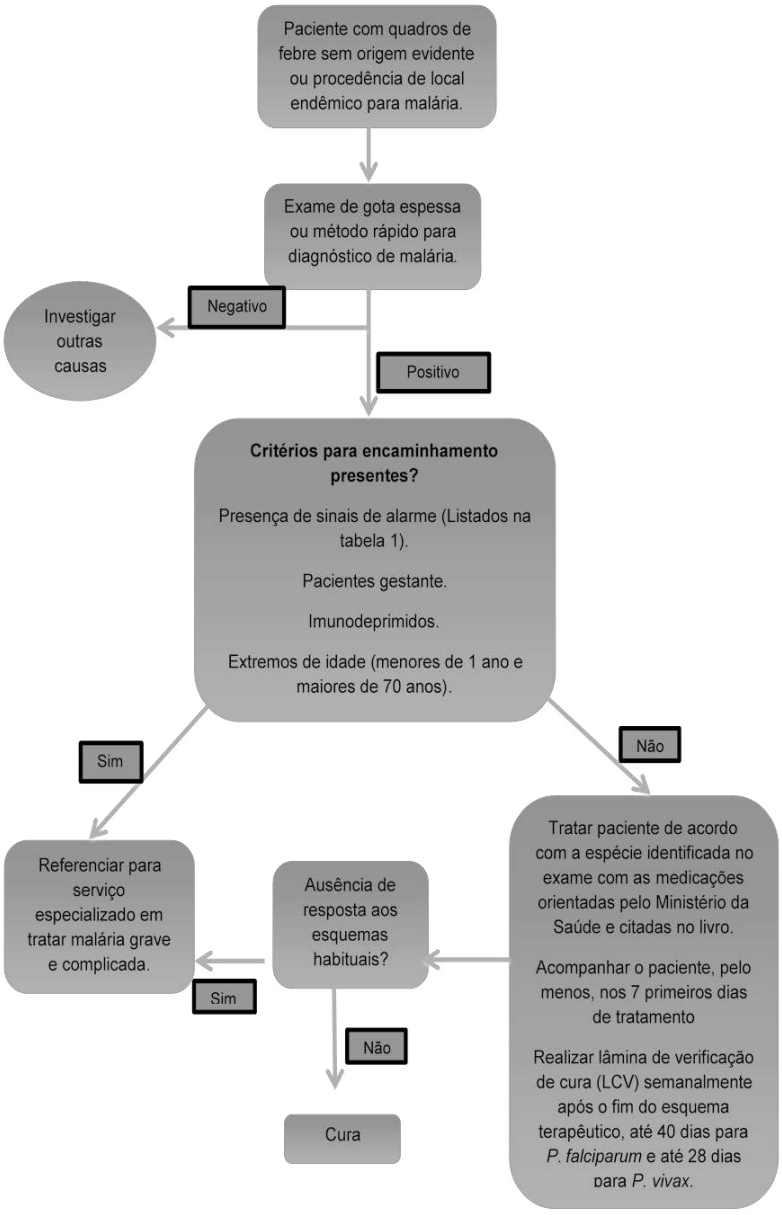
as medidas contra a malária no contexto da pandemia, desde que sejam seguidas as melhores práticas para proteger a comunidades da saúde.

Tabela 2 - Fonte: adaptado de Gusso et al. (2019)

Esquemas de tratamento da malária preconizados no Brasil pelo Ministério da Saúde	
Medicações	**Doses**
P. vivax e P.ovale	
Cloroquina (comprimidos de 150 mg base)	25 mg base/kg de dose total em três dias, sendo 10 mg/kg no 1o dia, 7,5 mg/kg no 2o e 3o dias
Primaquina (comprimidos de 5 e 15 mg)	0,25 mg/kg/dia, durante 14 dias ou 0,50 mg/kg/dia, durante 7 dias
P. malariae	
Cloroquina	Semelhante à descrita para P. vivax
P. falciparum	
Artemeter + Lumefantrina (comprimidos contendo a combinação fixa dos dois medicamentos) OU Artesunato (comprimidos de 100 mg) + Mefloquina (comprimidos de 250 mg)	Artemeter 3-4 mg/kg/dia + Lumefantrina 15-20 mg/kg/dia, em duas tomadas diárias, durante 3 dias 3 mg/kg/dia em duas tomadas diárias, durante 3 dias 25 mg/kg. Administrar 75% da dose no primeiro dia e 25% no segundo dia (uma única tomada)
Malária mista	
Artesunato + Mefloquina OU Artemeter + Lumefantrina + primaquina	Doses já citadas acima

FLUXOGRAMA

Fluxograma sobre o manejo de paciente com ou suspeita de malária.



7. CASO CLÍNICO:

Lara, 37 anos, ensino superior completo, casada, professora da escola da região onde mora, natural e procedente de Belém do Pará. Lara queixa-se de febre (não mensurada), cefaleia, mialgia e náuseas há 20 dias. Paciente refere que, com a evolução do quadro, passou a sentir febre a cada 48 horas, bem como calafrios e intensa sudorese quando a temperatura diminuía. Ela informa também que não tem outros problemas de saúde, nem usa qualquer medicamento. O exame físico de Lara é normal, exceto pela temperatura axilar de 38°C. Ela

comenta que uma colega de trabalho também estava com febre, foi internada há 2 dias e faleceu ontem, sendo feito o diagnóstico de malária após a admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

1. **A paciente acima apresenta um quadro clínico muito característico de malária. De acordo com leitura do capítulo, quais são os principais sintomas relatados por um paciente com suspeita dessa doença?**
   a) Cefaleia, mialgia, náuseas e vômitos.
   b) Febre baixa e calafrios.
   c) Cólica abdominal e diarreia.
   d) O paciente inicia com calafrios, palidez e cianose labial. Após 1 hora, desenvolve um quadro de febre alta (≥ 40°C). Em torno de 2 horas depois, ocorre a queda da febre com a apresentação de sudorese.
2. **Com o quadro clínico da paciente e sua procedência, o médico de família e comunidade apresenta dois exames principais para a confirmação diagnóstica: o exame de gota espessa e o teste imunocromatográfico. De acordo com a leitura do capítulo, assinale a alternativa incorreta:**
   a) Os testes imunocromatográficos são muito utilizados pela sua praticidade.
   b) O teste imunocromatográfico é o ideal para o seguimento clinico do paciente.
   c) O exame da gota espessa de sangue é o padrão-ouro no diagnóstico de malária.
   d) O exame da gota espessa de sangue detecta a espécie do parasita e determina a densidade parasitária.
3. **O médico de família e comunidade solicita para Lara a pesquisa de hematozoários no sangue pela técnica da gota espessa. O resultado é entregue no mesmo dia: positivo para Plasmodium vivax. Qual seria a conduta ideal?**
   a) Realizar tratamento com derivado de artemisinina + mefloquina, ou lumefantrina.
   b) Realizar tratamento com cloroquina + primaquina, orais.
   c) Realizar tratamento com quinino, isoladamente, intravenoso.
   d) Internar o paciente nesse momento e fazer o suporte unicamente até a interconsulta no serviço de infectologia.

Gabarito: 1) D 2) B 3) B.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Malária: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/malaria. Acesso em: 18 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em 07.06.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Guia de tratamento da malária no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_tratamento_malaria_brasil.pdf. Acesso em 07.06.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_controle_malaria_manual.pdf. Acesso em: 07.06.2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em: 07.06.2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de diagnóstico laboratorial da malária. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. P. 112. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/malaria_diag_manual_final.pdf. Acesso em, 07.06.2021

FOCACCIA, Roberto (ed.). Veronesi: tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). OPAS destaca importância de se manter queda de casos de malária no Brasil. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6156:opas-destaca-necessidade-de-manter-queda-de-casos-de-malaria-no-brasil&Itemid=812> . Acesso em: 12 maio 2021.

CAPÍTULO XXXI

DOENÇA DA MORDEDURA DE CÃES E GATOS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-31

Autor(a): Ana Clara de Souza Correa
Coautores: Alana Ponte Correia
Mateus Rodrigues de Aguiar
Samuel da Costa Fernandes
Orientador(a): Isadora Silva Melo

1. INTRODUÇÃO:

As mordidas de cães e gatos constituem importantes casos de atendimento nos Centros de Saúde da Família (CSFs). Um dos principais fatores de risco associados às mordeduras de animais são as infecções secundárias no sítio da lesão. Na história clínica e no exame físico, deve-se atentar para alguns pontos importantes e cruciais para o manejo do paciente. Em relação à ferida, ela deve ser limpa o mais rapidamente possível, com uma irrigação copiosa. Em relação ao fechamento das lesões, nem sempre há indicações para a sua realização. Além disso, deve-se atentar para as situações que necessitam da administração da vacina antitetânica e do soro e da vacina antirrábica.

2. QUADRO CLÍNICO:

Existe uma correlação entre o tamanho do indivíduo e o principal sítio da mordida ocasionada por cães e gatos. Em crianças é mais comum o acometimento da cabeça e do pescoço. Já em adultos e adolescentes, a prevalência é maior nas extremidades. As feridas podem ser do tipo perfuração, abrasão, laceração ou avulsão. Atenção especial deve ser dada para as mordidas que ocorrem nas mãos e perto de articulações.

A principal complicação das mordidas animais é a infecção. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de infecções são: localização da ferida nas mãos, pés e juntas; localização no couro cabeludo e na face (em crianças), feridas por perfuração e/ou por esmagamento; atraso no tratamento maior que 12h; idade maior que 50 anos; paciente com

imunossupressão (desordens imunes, uso de corticosteroides); alcoolismo crônico; diabetes; doença vascular e edema pré-existente no membro afetado.

Os microrganismos envolvidos englobam tanto bactérias aeróbicas como anaeróbicas. Os principais agentes envolvidos são: *Staplylococcus sp., Streptococcus sp., e Corynebacterium sp., Bacterioides fragilis, Prevotella, Porphyromonas, Peptostreptococcus* e *Fusobacterium sp*.. A *Pasteurella multocida* é um organismo comumente encontrado nas mordidas por gatos e, com menor frequência, nas de cães. Essa bactéria está associada a uma resposta inflamatória intensa que se desenvolve dentro das primeiras 24 horas, com dores proeminentes e inchaço, estando relacionada a formação de abscesso, artrite séptica, osteomielite, meningite, sepse, endocardite e pneumonia. Já o *Capnocytophaga canimorsus* é uma bactéria encontrada na flora oral de cães e, mais raramente, de gatos que está implicada em quadros de septicemia, meningite e endocardite. Pacientes com esplenectomia ou que fazem uso abusivo de álcool são os de maior risco de infecção por essa bactéria (ELLIS e ELLIS, 2014).

3. MANEJO OU CONDUTA:

História clínica:

- Tipo de animal envolvido;
- Comportamento do animal e se a agressão se deu por provocação;
- Localização da ferida;
- Tempo decorrido desde a injúria até a busca pelo atendimento médico;
- Queixas específicas;
- Condição médica da vítima (imunossupressão, diabetes, esplenectomia);
- Alergia;
- Histórico de imunizações (vacina antitetânica).

No exame físico deve-se avaliar:

- Pele no lugar da mordida;
- Profundidade da ferida;
- Nervos e funcionamento dos tendões próximo à região lesionada;
- Irrigação vascular;
- Acometimento de articulações;
- Envolvimento ósseo;

- Presença de corpos estranhos (como dentes);
- Sinais de infecção local ou sistêmica (inchaço, vermelhidão, dor, secreção purulenta e febre);
- Fotografar as feridas, se possível.

Quanto à realização de exames laboratoriais, a cultura geralmente não deve ser solicitada de imediato, em exceção dos casos em que a ferida apresenta abscesso ou que já esteja infectada. Quando a infecção está presente, é necessário fazer a cultura tanto para bactérias anaeróbicas quanto aeróbicas.

A radiografia só deve ser solicitada no caso de lesão de esmagamento, suspeita de fratura e presença de corpo estranho, nesses casos necessitando de encaminhamento.

A região afetada deve ser limpa o mais rapidamente possível. Para tanto é necessária uma irrigação copiosa, com jato de alta pressão, podendo utilizar-se uma seringa de 20 ml ou um cateter plástico acoplado na seringa. Para a lavagem pode-se utilizar água ou soro e, nos casos de feridas com alto risco de contaminação por raiva, recomenda-se o uso da solução de iodopovidona. A irrigação deve ser direcionada no sentido da perfuração, tomando cuidado para não injetar o líquido no tecido e causar mais danos.

Quanto ao fechamento das feridas, existem controvérsias na literatura. Contudo, é de consenso geral que perfurações profundas, feridas infeccionadas e mordidas nas mãos não devem ser suturadas. Outras situações que não são recomendadas o fechamento das feridas são: mordidas fora do rosto, lesões com trauma tecidual grave, imunossuprimidos, pacientes com diabetes, mordidas com comprometimento subjacente venoso e/ou linfático, mordidas de gatos, demora na procura de atendimento médico (mais de 6 a 12h para mordidas nas pernas e nos braços; mais de 12 a 24h para mordidas na face) e perfurações. Já em relação as mordidas no rosto e na cabeça, frequentemente, essas podem ser fechadas, desde que não exista nenhuma das contraindicações citadas anteriormente.

Nos casos em que houve o atendimento médico precoce e a ferida não está infectada, o uso de antibiótico não é recomendado rotineiramente, em exceção das seguintes situações de risco: estase venosa ou linfática na área em que ocorreu a mordida, provável envolvimento articular, imunodeprimidos, idosos e mordidas nas mãos. Nesses casos, a primeira linha de antibióticos para o tratamento é a combinação amoxicilina/ácido clavulânico, 875/125 mg, em adultos, a cada 12h. Em crianças a dose recomendada deste medicamento é de 25 a 45 mg/kg, também de 12 em 12h. Em adultos com alergia à penicilina recomenda-se o uso de

clindamicina (300mg, 3 vezes ao dia) mais ciprofloxacina (500mg, 2 vezes ao dia). Já em crianças com alergia à penicilina deve-se fazer o uso de clindamicina (10 a 25 mg/kg, a cada 6 ou 8h) mais trimetropim/sulfametoxazol (8 a 10 mg/kg, a cada 12h). Em gestantes alérgicas à penicilina, deve-se fazer o uso de azitromicina (250 a 500mg/dia).

Em relação aos pacientes com feridas infectadas, deve-se colher o material para cultura e iniciar o tratamento com antibiótico. O tratamento inicial recomendado é o mesmo supracitado. Uma vez que os resultados da cultura estiverem disponíveis, deve-se fazer as modificações necessárias.

Outrossim, se o paciente tiver recebido a vacina antitetânica há mais de 5 anos, recomenda-se a reaplicação dessa. Para os pacientes com mordidas nos pés ou nas mãos, é indicado repouso e a elevação do membro.

As feridas por mordidas devem ser verificadas até a cicatrização segura, especialmente nos primeiros dias. Caso ocorra um aumento da dor, inchaço e novo envolvimento articular, deve-se reavaliar a ferida e o paciente deve ser hospitalizado, se julgar necessário. Outros casos que requerem que os pacientes sejam encaminhados são: mordidas extensas, feridas mais complexas nas mãos, envolvimento articular, acometimento ósseo e/ou vascular e sinais sistêmicos de infecção.

4. RAIVA

A raiva é uma doença que pode infectar qualquer animal e, através do contato com a saliva ou do tecido nervoso do animal, pode ser transmitida para o homem. Essa doença, uma vez sintomática, é quase universalmente fatal. Por isso, é necessário bastante atenção aos pacientes que foram mordidos por algum animal.

A profilaxia pós-exposição da raiva consiste na administração de soro antirrábico (40UI/kg de peso, dose única), que deve ser infiltrada no local da ferida e, o restante do volume (se houver), deve ser administrado por via intramuscular (ex.: região glútea). A depender da história clínica e pregressa, deve-se substituir a administração do soro pela de imunoglobulina humana (20 UI/kg). Além disso, o paciente deve ser vacinado contra a raiva nos dias 0, 3, 7, 14 pela via intramuscular (IM) ou 1, 3, 7 e 28 pela intradérmica (ID), mantendo nas outras aplicações a mesma via adotada na primeira (SÃO PAULO, 219). Abaixo segue um quadro (Tabela 1) quanto à conduta a ser adotada em cada caso. É necessário ressaltar que

diante de qualquer paciente com mordida animal, o primeiro cuidado consiste na lavagem da ferida com água e sabão. A vacina antirrábica, caso haja indicação, nunca deve ser aplicada na região glútea.

Tabela 1: Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular

Conduta	**Condição do animal agressor**		
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto; animais.
Acidentes leves: ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente único em tronco e membros (exceto nas mãos, dedos e pés); podem ocorrer devido a mordidas ou arranhaduras (causadas por dentes ou unhas); lambedura de pele com lesões superficiais	▪ Observar o animal durante 10 dias após a exposição ▪ Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso ▪ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 4 doses da vacina (dias 0, 3,7 e 28, se ID e dias 0, 3, 7 e 14 se IM)	▪ Observar o animal durante 10 dias após a exposição ▪ Iniciar esquema profilático com 2 (duas) doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 ▪ Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. ▪ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 4 (quatro) doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no 14º dia, se IM (ID: 0, 3, 7 e 28)	▪ Iniciar imediatamente o esquema profilático com 4 (quatro) doses de vacina (dias 0, 3,7 e 28, se ID e dias 0, 3, 7 e 14 se IM)
Acidentes graves: ferimentos na cabeça, face, pescoço, mãos, dedos e pé; ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; lambedura de mucosas, lambedura de pele onde já existia lesão grave; ferimentos	▪ Observar o animal durante 10 dias após a exposição ▪ Iniciar esquema profilático com duas doses: uma no dia 0 e outra no 3º dia. ▪ Se o animal permanecer sadio no período observado encerrar o caso ▪ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade	▪ Observar o animal durante 10 dias após a exposição ▪ Iniciar o esquema profilático com soro e 4 doses de vacina nos dias 0, 3,7 e 28(ID) ou 0, 3, 7 e 14 (IM) ▪ Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso.	Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro e 4 doses de vacina administradas nos dias 0, 3,7 e 28 (ID) e dias 0, 3, 7 e 14 (IM)

Conduta	Condição do animal agressor		
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto; animais.
profundos causados por unhas de animais	ao esquema profilático, administrando o soro e completando o esquema até 4 (quatro) doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no 14º dia, se utilizar a via IM (ID: 0, 3, 7 e 28)		

Fonte: BRASIL (2014); SÃO PAULO (2019)

5. INDICAÇÕES DA VACINA ANTITETÂNICA

Na Tabela 2 seguem as indicações de vacinação e do uso de soro antitetânico, de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde (2019). Nos casos em que houver a necessidade de aplicação tanto da vacina quanto do soro, não se deve aplicar no mesmo local, devendo, portanto, aplicar em locais diferentes.

Tabela 2: Conduta quanto a administração da vacina antitetânica diante de ferimentos por mordeduras e a situação vacinal do paciente.

História de vacinação prévia contra o tétano	Mordeduras (ferimentos com alto risco para tétano)	
	Vacina	Soro antitetânico (SAT) ou Imunoglobulina humana antitetânica IGHAT)
Incerta ou menos de 3 doses	Sim - Vacinar e aprazar as próximas doses, para completar o esquema básico	Sim
≥3 doses, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não	Não
≥3 doses, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos	Sim (1 reforço)	Não (O uso do SAT ou da IGHAT só está indicada nesses casos se o paciente for imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso)

História de vacinação prévia contra o tétano	Mordeduras (ferimentos com alto risco para tétano)	
	Vacina	Soro antitetânico (SAT) ou Imunoglobulina humana antitetânica IGHAT)
≥3 doses, sendo a última dose há 10 anos ou mais	Sim (1 reforço)	Não (O uso do SAT ou da IGHAT só está indicada nesses casos se o paciente for imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso)
≥3 doses, sendo a última dose há 10 ou mais anos em situações especiais	Sim (1 reforço)	Sim (Se o profissional suspeitar que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT)

Fonte: BRASIL (2019)

6. DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO:

A doença da arranhadura do gato (DAG) é ocasionada por uma bactéria chamada Bartonella, um bacilo gram negativo. A transmissão de um gato contaminado para outro ocorre através da pulga *Ctenocephalides felis*. Por meio de uma arranhadura ou mordedura o gato transmite a bactéria para o homem. Após cerca de 7 a 12 dias do período de incubação, o paciente manifesta lesões na pele, caracterizadas por pápulas vermelha-acastanhadas. A linfadenopatia é um sinal mais tardio, geralmente unilateral, acometendo os linfonodos que drenam a região da pápula. O tamanho dos linfonodos pode variar desde muito pequenos, não detectáveis, até vários centímetros. Os linfonodos geralmente são macios, quentes e eritematosos, alguns podendo supurar. Outros sintomas que podem estar presentes são: febre > 40ºC, mal-estar, anorexia, erupções cutâneas e dor de garganta**.** É uma doença comum em crianças, mas que também acomete adultos. Em pacientes imunocompetentes tem uma apresentação limitada, contudo, é necessário cuidado com os pacientes imunocomprometidos que podem manifestar uma doença sistêmica séria. Na maioria dos casos a evolução da doença é autolimitada não necessitando de antibioticoterapia, recomendando nesse caso o tratamento de suporte (uso de compressas quentes sobre os linfonodos acometidos e antitérmicos). O uso de antibióticos na DAG ainda é controverso na literatura. Contudo, caso haja necessidade, os mais indicados para o manuseio são: rifampicina, ciprofloxacina ou gentamicina.

7. CASO CLÍNICO:

MASG, 5 anos, sexo feminino, natural e procedente de Sobral (CE), vem à unidade de saúde acompanhada de sua mãe. A mãe relata que há cerca de 1h a criança estava brincando na praça com um cachorro de rua, quando a criança se aproximou com a mão sangrando relatando que o cachorro a tinha mordido. Logo após o incidente a mãe jogou um pouco de água na ferida para tirar o sangue. Criança sem nenhuma comorbidade, nem alergia. As vacinas estão todas em dias. Questionada sobre o cachorro, a mãe não soube adicionar nenhuma informação sobre o comportamento do cachorro, como, por exemplo, se ele tinha comportamento agressivo. Ao exame físico, nota-se uma lesão superficial na mão.

Ao exame físico da ferida, nota-se que essa ocorreu na mão esquerda, é superficial, o movimento está preservado, não atingiu nenhum nervo ou tendão, nem se localiza próxima a articulações

QUESTÕES

1. **Frente ao cenário exposto, qual a primeira conduta, após a anamnese e a análise da ferida?**
   a) Como a mãe já jogou um pouco de água logo após a ferida não é necessário fazer a limpeza da ferida
   b) É necessário realizar uma limpeza da ferida com água e sabão, mesmo a mãe já tendo jogado um pouco de água na ferida
   c) A atenção primária não trata de pacientes com feridas por mordidas, por isso, o paciente deve buscar atendimento médico terciário
   d) Trata-se de um ferimento gravíssimo, que necessita de debridamento do tecido lesionado
2. **Em relação a necessidade de sutura de lesões provocadas por mordeduras e cães e gato, é correto afirmar:**
   a) Pacientes que apresentam perfurações por mordeduras que sejam profundas e que estejam infectadas, independentemente da localização, devem-se ser fechadas
   b) No caso da paciente do caso clínico, por se tratar de uma lesão na mão está recomendado a sutura da lesão

c) Em pacientes que procuram atendimento médico, após mordedura do animal, com um tempo de maior que 6 a 12h, para mordidas nas pernas e nos braços, e maior que 12 a 24h para mordidas na face, não está recomendado o fechamento da lesão

d) Em relação as mordidas no rosto e na cabeça, frequentemente, essas não podem ser fechadas.

3. Em relação a aplicação da vacina contra a raiva, em pacientes com incidente por mordeduras de cachorros, pode-se afirmar:

a) Por se tratar de uma lesão superficial, não é necessário realizar a aplicação de soro antirrábico

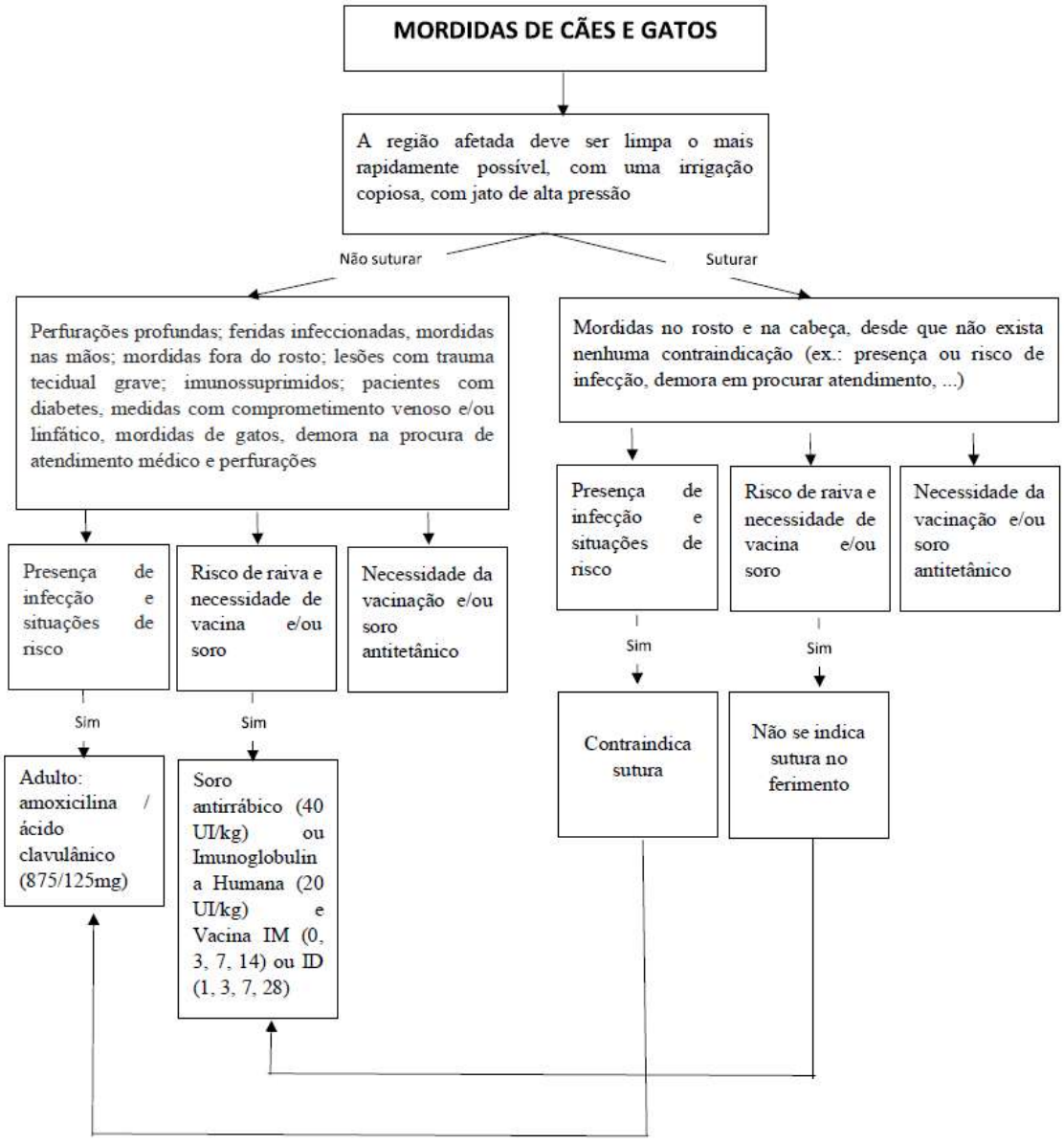
b) Em relação à vacina, as 4 doses devem ser administradas em qualquer paciente, em qualquer tipo de mordida, independentemente do comportamento do cachorro nem da possibilidade da observação do animal ao longo do tempo.

c) No caso descrito, recomenda-se a aplicação das 4 doses da vacina, tendo em vista que não se sabe a procedência do animal nem é possível acompanhar o comportamento deste.

d) Em casos em que é possível fazer o acompanhamento do cachorro, mesmo este não apresentando, ao longo do tempo de observação, nenhum sinal nem sintoma sugestivo de raiva, é obrigatório terminar a administração das outras doses.

Gabarito: 1-B; 2-C; 3-C.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf . Acesso em 22.05.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Normas técnicas de profilaxia da raiva humana. Brasília, 2014. Disponível em:

https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/19/Normas-tecnicas-profilaxia-raiva.pdf. Acesso em: 22.05.2021

ELLIS R; ELLIS C. Dog and cat bites. Am Fam Physician. [S.L.]: [s.n.], 2014. Disponível em: https://www.aafp.org/afp/2014/0815/p239.html. Acesso em 22.05.2021

GRIEGO, Robert D.; ROSEN, Ted; ORENGO, Ida F.; WOLF, John E. Dog, cat, and human bites: A review. Journal of the American Academy of Dermatology. [S.L.]: [s.n.], 1995. P. 1019-1029. V. 33. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)90296-1. Acesso em: 22.05.2021.

HADDAD JUNIOR, V; CAMPOS NETO, M. F.; MENDES, A. L. Mordeduras de animais (selvagens e domésticos) e humana. Revista de Patologia Tropical. [S.L]: [s.n], 2013. p. 13-19. v. 42, n. 1. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/140609. Acesso em 21.05.2021

LINS, K. A; DRUMMOND, M. R; VELHO, P. E. N. Cutaneous manifestations of bartonellosis. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro: [s.n.], 2019. p. 594-602. v. 94, n. 5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962019000500594&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22.05.2021

MILORO M; GHALI G.E.; LARSEN, P.E.; WAITE, P.D. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. 2.ed. São Paulo: Santos; 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102013000400006 .Acesso em 22.05.2021.

NELSON C. A.; MOORE A. R.; PEREA A. E.; MEAD P. S. Cat scratch disease: U.S. clinicians' experience and knowledge. Zoonoses Public Health. [S..L]: [s.n.], 2018. P. 67-73. Disponível em: < https://doi.org/10.1111/zph.12368>. Acesso em 22.05.2021.

NORTON C. Animal and human bites. Emerg Nurse. [S.L.]: [s.n.], 2008. P. 26-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558873/ . Acesso em: 22.05.2021.

PRESUTTI R.J. Prevention and treatment of dog bites. Am Fam Physician. [S.L.]: [s.n.], 2001. P. 1567-72. Disponível em: https://www.aafp.org/afp/2001/0415/p1567.html. Acesso em 22.05.2021.

ROBIN E. Cat-Scratch Disease. Pediatrics in Review. [S.L.]: [s.n.], 2006. P.123-128; DOI: https://doi.org/10.1542/pir.27-4-123. Acesso em: 22.05.2021.

ROLAIN, J. M.; BROUQUI, P.; KOEHLER, J. E.; MAGUINA, C.; DOLAN, M. J.; RAOULT, D. Recommendations for treatment of human infections caused by Bartonella species. Antimicrob Agents Chemother. [S.L.]: [s.n], 2004. P.1921-33. Disponível em: <doi: 10.1128/AAC.48.6.1921-1933.2004> Acesso em 22.05.2021.

SÃO PAULO. Raiva humana: Protocolo de atendimento em casos de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva. São Paulo: [s.n], 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo%20Vacina%20Antirrabica%20Humana_05_04_2019.pdf. Acesso em 22.05.2021.

ZANGWILL, K. M. Cat scratch disease and other Bartonella infections. Adv Exp Med Biol. [S.L.]: [s.n.], 2013. P. 159-66. Disponível em: <doi: 10.1007/978-1-4614-4726-9_13>. Acesso em 22.05.2021.

UNIDADE VI

CAPÍTULO XXXII

DISPEPSIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-32

Autor(a): Paula Fernanda Patriolina Teixeira de Oliveira
Coautores: Felipe Pinheiro Mendes
Rafael Lucas Simões dos Santos
Samuel da Costa Fernandes
Orientador(a): Melka Samai Silva Jovino

1. INTRODUÇÃO

Dispepsia é uma sensação de dor ou desconforto na região superior do abdome, caracterizada por períodos de abrandamentos e exacerbações. Pode ser descrita como indigestão, gases, saciedade precoce, empachamento pós-prandial, sensação de corrosão interna ou queimação. Ela é dividida em causas orgânicas e funcionais, sendo cerca de 60% dos casos de origem funcional.

Dispepsia Orgânica: Tem como principais etiologias a gastrite por Helicobacter pylori, uso de anti-inflamatórios não-hormonais (AINES), úlcera péptica, parasitoses, colecistopatias, neoplasias e colopatias. Sendo a terapêutica voltada para a doença que ocasionou os sintomas. A úlcera péptica é uma das causas mais frequentes de dispepsia orgânica sendo secundária, principalmente, ao uso de antiinflamatórios não esteroidais e infecção por Helicobacter pylori. O diagnóstico é realizado por endoscopia digestiva e deve ser acompanhado obrigatoriamente de biópsia para detecção de HP e exclusão de malignidade.

Dispepsia funcional: o diagnóstico é empregado quando não se identifica uma causa orgânica, após avaliação detalhada, para os sintomas dispépticos do paciente. As doenças funcionais gastrointestinais têm seus critérios estabelecidos pela fundação Roma atualizados através dos conceitos do Roma IV (2016). Sua fisiopatologia está relacionada a modificação da interação tubo digestivo-cérebro, disbioses bacterianas, modificação da função imune da mucosa e aumento da sensibilidade visceral.

De acordo com o Roma IV, a Dispepsia Funcional, é subdividida em:

i. Síndrome de Plenitude Pós-prandial (SPD): caracterizada por plenitude pós-prandial e saciedade precoce

ii. Síndrome da Dor Epigástrica (SPE): caracterizada por dor ou queimação epigástrica

CRITÉRIOS DE ROMA IV
Presença de pelo menos um dos sintomas (dor epigástrica, plenitude pós prandial, saciedade precoce).
Aparecimento dos sintomas há pelo menos 6 meses e presentes nos últimos 3 meses
Após avaliação completa, os sintomas não podem ser explicados por outra condição médica/doença estrutural.

2. DIAGNÓSTICO

Anamnese: definir os principais sintomas, a frequência e intensidade dos mesmos, correlação com a ingesta de bebidas alcoólicas, alimentos específicos ou com o tabagismo. Verificar história medicamentosa, tendo em vista que alguns fármacos podem estar relacionados, como: AINES, antagonistas do cálcio, bifosfonados, biguanidas, corticoides, nitratos e teofilina. É importante também investigar associação com distúrbios psiquiátricos, descartar presença de sinais de alarme e sintomas que sugiram diagnósticos diferenciais, como os de origem cardiovascular.

Sinais de alarme
Sangramento gastrointestinal agudo/crônico (melena/hematêse)
Perda de peso involuntária progressiva
Disfagia progressiva
Vômitos persistentes
Anemia por deficiência de ferro
Anemia por deficiência de ferro
História familiar de câncer gástrico
Doença ulcerosa péptica prévia

Fonte: Autores,2021.

Exames complementares: A endoscopia digestiva é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de lesões estruturais (esofagite, neoplasia, úlcera péptica..) e para avaliar presença do *Helicobacter pylori,* através do teste da urease e da biópsia gástrica. A EDA tem indicação na abordagem inicial daqueles pacientes que apresentarem sinais de alerta, com o intuito de excluir doença orgânica grave. A ultrassonografia de abdome está especialmente indicada na suspeita de doença das vias biliares. Em nosso meio, devido a alta prevalência de parasitoses intestinais, recomenda-se solicitar exame parasitológico de fezes (três amostras

em dias seguidos) com o objetivo de descartar tais infecções, especialmente estrongiloidíase e giardíase. Lembrar também das intolerâncias alimentares como causa de dispepsia.

3. CONDUTA

Uma das estratégias iniciais na dispepsia é o tratamento empírico com inibidor da bomba de prótons (IBP) por 8 semanas, em pacientes jovens e sem sinais de alarme. Os IBP são as principais medicações antisecretoras, com melhor resposta clínica e custo-efetividade quando comparado aos antagonistas dos receptores H2 de histamina (BH2). Após falha terapêutica com o uso do IBP, uma estratégia é "testar-e-tratar" para *Helicobacter pylori* através de testes não invasivos, como o teste respiratório com ureia marcada ou pesquisa de antígeno fecal. O Brasil possui prevalência elevada para esta infecção. Na refratariedade à terapia farmacológica, o exame de endoscopia digestiva é mandatório.

Pacientes com idade superior a 55 anos ou na presença de sinais de alerta, está indicada a realização inicial do exame endoscópico para descartar outras causas de dispepsia.

Nas úlceras relacionadas ao uso de AINES, os fármacos empregados no tratamento são os inibidores da bomba de prótons (IBP), em dose plena, durante um período de 4 a 8 semanas.

Nas úlceras helicobacter positivas, o tratamento utilizado é o esquema tríplice com Amoxicilina 1g e Claritromicina 500mg associada ao IBP em dose plena, em duas tomadas diárias, durante 14 dias. Se após o tratamento medicamentoso adequado houver recorrência dos sintomas, dentro de um prazo de 12 meses, está indicado uma nova endoscopia digestiva para descartar possível causa estrutural para os sintomas.

O tratamento das lesões ulceradas tem como objetivo a resolução dos sintomas, cicatrização da lesão e evitar o surgimento de complicações (sangramento, perfuração e obstrução).

Na dispepsia de origem funcional a terapia medicamentosa baseia-se no uso de prócinéticos e inibidores de bomba protônica (IBP), nos casos refratários, os antidepressivos são considerados terapia de segunda linha. É necessário o acompanhamento conjunto com psicólogos, em casos selecionados, para a realização de psicoterapias.

O principal objetivo é a melhora da qualidade de vida desses pacientes, com modificações do estilo de vida através da prática regular de atividade física, uma dieta equilibrada e suspensão do etilismo e tabagismo.

Antidepressivos
Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)
Tricíclicos (p. Ex., Amitriptilina em baixas doses usada com sucesso no manejo de dor crônica - 25 mg 1/2 cp. Ou 1 cp. À noite)

Fonte: Autores, 2021.

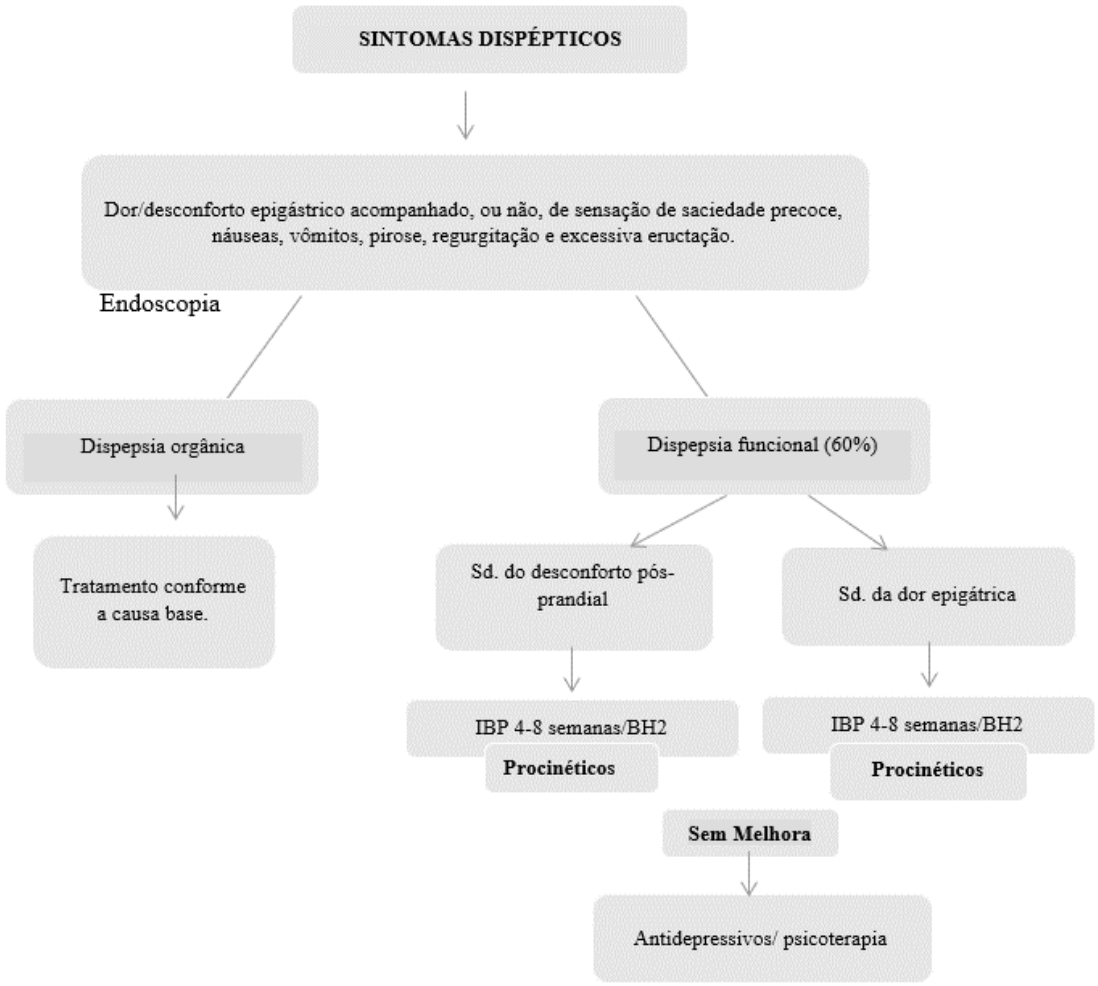
Inibidores da bomba de prótons (IBP)
Omeprazol 20 mg em jejum (antes do café)
Pantoprazol 40 mg em jejum(antes do café)
Esomeprazol 40 mg em jejum (antes do café)
Lansoprazol 30 mg em jejum (antes do café)

Fonte: Autores, 2021.

Pró-cinéticos
Domperidona 10 mg antes das refeições
Metodopramida 10 mg antes das refeições

Fonte: Autores, 2021.

FLUXOGRAMA



Fonte: autores, 2021.

4. CASO CLÍNICO

N.T.M, sexo feminino, 32 anos, casada, católica e professora. Em consulta na UBS relatou ter problemas de "má digestão" nos últimos três anos e notou agravamento da situação nos últimos 3 meses devido ao desconforto epigástrico, principalmente após a ingestão de alimentos gordurosos. Nega melena e hematoquezia. Não houve emagrecimento. Define seu hábito intestinal 1 vez/semana e fezes "em bolinhas". Não relata vômitos e não possui antecedentes familiares conhecidos de câncer. A paciente se diz muito emotiva e reconhece que os sintomas são mais intensos e frequentes quando fica nervosa. Contou também que enfrenta problemas em seu casamento devido ao alcoolismo e ao desemprego de seu marido, somado a isso, relata que a situação no trabalho também é bem desanimadora

e estressante. Nega hipertensão e diabetes. Não possui hábitos etilistas, porém é tabagista (1 maço/dia). Nega uso de medicações contínuas. Passou por histerectomia há 4 anos.

QUESTÕES

1. Qual seria a conduta inicial no caso em questão?

a) Deve-se encaminhar a paciente imediatamente para EDA, pois a paciente apresenta sinais de alarme.

b) Observar nos próximos meses se há piora dos sintomas.

c) Prescrever IBP por um mês, acompanhado de pró cinéticos e reavaliar os sintomas no retorno da paciente, além de estimular mudanças comportamentais.

d) Avaliação completa, solicitando teste respiratório e EDA + biópsia.

e) Encaminhar ao gastroenterologista.

2. De acordo com a característica do desconforto epigástrico no caso, porque a paciente não se adequaria à dispepsia ulcerosa duodenal?

a) Dispepsia ulcerosa não cursa com dor/ desconforto epigástrico.

b) A dor na dispepsia ulcerosa não tem relação com a alimentação.

c) Na dispepsia ulcerosa duodenal a dor é contínua e não tem relação com jejum.

d) Úlceras são sempre assintomáticas.

e) A dor na dispepsia ulcerosa duodenal costuma ser aliviada com a ingestão de alimentos.

Gabarito: 1B, 2E.

REFERÊNCIAS

BARBUTI, Ricardo C.; FREIRE; Caio César Furtado; TERRA, Marcela Paes Rosado. Principais sinais e sintomas das doenças do estômago. In: ZATERKA, Schlioma; EISIG, Jaime Natan. Tratado de Gastroenterologia: Da Graduação à Pós-Graduação. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2016. Cap. 46. p. 517-524.

DUNCAN, Bruce.B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências .4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FOIGEL, Eli Kahan. Dispepsia no idoso. São Paulo, 2019. Disponível em: http://www.fbg.org.br/publicações /noticia/detalhe/1292. Acesso em: 21.05.2020.

GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PASSOS, Maria do Carmo Friche; RAMOS, Ana Flávia Passos. Dispepsia Funcional. In: QUÍLICI, Flávio Antônio et al (Ed.). Desafios terapêuticos na prática do gastroenterologista. São Paulo: Manole, 2017. Cap. 4. p. 25-40.

ZATERKA, Schlioma. Controvérsias sobre o uso prolongado de IBP's. São Paulo, 2019. Disponível em: < http://www.fbg.org.br/publicações /noticia/detalhe/1292>. Acesso em: 21.05.2020.

CAPÍTULO XXXIII

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-33

Autor(a): Wendelly Soares Torres
Coautores: Felipe Pinheiro Mendes
Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Rafael Lucas Simões dos Santos
Orientador(a): Melka Samai Silva Jovino

1. INTRODUÇÃO

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é caracterizada pelo refluxo patológico do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes que causa desconforto, sintomas esofagianos e/ou extraesofagianos e/ou lesões teciduais, constituindo uma síndrome. Diferentemente do refluxo gastroesofágico fisiológico, pois este não causa sintomas desconfortantes nem lesões teciduais.

É estimado que essa doença acometa cerca de 20 milhões de brasileiros, o que diminui a consideravelmente qualidade de vida e gera muitos gastos com saúde. Ademais, essa doença é um fator de risco para o desenvolvimento de adenocarcinoma do esôfago. Alternadamente, além da obesidade, fatores genéticos e tabagismo, alguns fatores sociais são relacionados à DRGE, como baixo nível educacional e/ou socioeconômico

A fisiopatogenia da DRGE é multifatorial, mas se caracteriza, principalmente, pelo desequilíbrio entre os mecanismos de agressão e proteção à mucosa esofágica. Esse desequilíbrio pode ser relacionado com a falha nos componentes de uma ou mais das três condições a seguir:

- Barreira antirrefluxo - Esta é constituída pelo esfíncter esofágico inferior (EEI), ângulo de His, diafragma crural, ligamento frenoesofágico e roseta gástrica (pregas concêntricas da mucosa gástrica). Dentre esses, o EEI é o principal responsável pelo refluxo gastroesofágico. Em pessoas sadias o EEI, juntamente com o diafragma crural, está sob uma pressão constante que se alterna em episódios rápidos de relaxamento transitório que ocorrem, principalmente, no período pós prandial, podendo causar eructação. Contudo, em pessoas com DRGE, esse relaxamento

transitório ocorre de forma inadequada, em reposta a distensão gástrica, e pode ser o principal responsável por refluxo gastroesofágico. Cabe ainda acrescentar que a contração tônica do EEI é mantida por diversos fatores neurais e hormonais e responde de forma diferenciada a diversos estímulos fisiológicos, farmacológicos e outros. Além disso, outra causa que pode acarretar refluxo é a presença de hérnia de hiato, pois nesta a flacidez do ligamento frenoesofágico diminui a eficiência da barreira antirrefluxo.

- Mecanismo de depuração intraluminal – Envolvem a motilidade esofágica, a produção adequada de saliva para neutralização do ácido e a própria ação da gravidade.
- Resistência intrínseca do epitélio – O epitélio esofágico é caracterizado por ser estratificado e pavimentoso, constituindo a barreira entre o tecido e o lúmen.

Deste modo, a gravidade dos sintomas depende do grau de comprometimento de uma ou mais estruturas que compõem a barreira antirrefluxo.

Por conseguinte, podem haver complicações associadas ao refluxo gastroesofágico, como esofagite, esôfago de Barrett, estenose péptica e hemorragia, sendo esta última a menos comum. Por outro lado, o esôfago de Barrett acomete cerca de 10 a 15% das pessoas com DRGE crônica e pode progredir para um adenocarcinoma devido a substituição do epitélio estratificado por epitélio colunar. Além disso, cabe acrescentar que 70% das estenoses pépticas são causadas pelo DRGE.

2. QUADRO CLÍNICO

Durante a anamnese e exame físico, deve-se atentar para a presença de pirose e/ou regurgitação nas quatro a oito semanas anteriores à visita do paciente ao sistema de saúde. Geralmente, esses são os sintomas mais comuns, sendo a pirose mais popularmente conhecida como “azia” ou “queimação” na região retroesternal. Outros sintomas que podem ocorrer são: queimação, boca amarga, dor “na boca” do estômago. É necessário informar também que geralmente os pacientes podem referir alívio dos sintomas após uso de antiácidos e podem referir piora do desconforto após as refeições, quando está em decúbito lateral direito ou até mesmo decúbito supino.

Ademais, é necessário que durante a história clínica o médico de família fique atento às manifestações de alerta, que são disfagia, odinofagia, emagrecimento, história familiar de câncer gástrico, náuseas, hemorragia digestiva, dor torácica, sintomas de grande intensidade e/ou ocorrência noturna.

Acrescenta-se ainda que o médico de família deve saber se o paciente apresenta manifestações atípicas, que não envolvem apenas o contato entre o refluxo gástrico e a mucosa esofágica. Esses sintomas atípicos podem incluir:

i. Alterações esofagianas: dor torácica não cardíaca (que pode ser indistinguível da dor ocasionada no infarto);
ii. Alterações pulmonares: asma, tosse crônica, bronquite, aspiração recorrente, pneumonias de repetição;
iii. Alterações otorrinolaringológicas: rouquidão, sinusite e/ou laringite posterior crônicas;
iv. Alterações orais: halitose, aftas, desgaste do esmalte dentário.

Por fim, de maneira semelhante aos adultos, as crianças também sentem regurgitações e/ou vômitos, mas estes devem ser diferenciados do refluxo gastroesofágico (RGE) fisiológico. No RGE podem ocorrer regurgitações e/ou vômitos, mas estas não afetam o ganho de peso, não geram sintomas respiratórios nem de esofagite, além de não proporcionarem alteração do comportamento infantil. Por sua vez, a DRGE na criança é causadora de grande desconforto, pois as regurgitações e/ou vômitos podem causar dor abdominal, recusa alimentar, baixo ganho de peso e podem afetar significativamente o desenvolvimento infantil. Uma lista de sintomas que podem ser observados em crianças será apresentada abaixo:

i. Regurgitações/vômitos;
ii. Recusa alimentar, baixo ganho de peso, comprometimento de desenvolvimento;
iii. Dor abdominal, pirose, posição arqueada;
iv. Irritabilidade, choro excessivo;
v. Sibilância, pneumonia aspirativa, estridor e espasmo laríngeo;
vi. Alterações do sono, convulsões.

3. CONDUTA

O diagnóstico da DRGE é baseado, em grande parte, nos sintomas clínicos. Durante a anamnese, deve-se levar em consideração na quantidade de vezes por semana que o paciente sente os sintomas e durante quanto tempo.

Os sintomas de pirose e/ou regurgitação que ocorrem ocasionalmente em adultos com menos de 40 anos, sem outros sintomas predominantes e nem manifestações atípicas associados, são suficientes para o médico de família iniciar tratamento empírico com dose plena de Inibidores de Bomba de Prótons (IBPs) por quatro a oito semanas. Em caso de melhora, deve-se reduzir ou suspender a medicação. Por outro lado, caso haja persistência dos sintomas, é recomendado que o médico de família solicite o exame de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) a fim de averiguar se o paciente é portador de esofagite ou não. Ressalta-se que cerca de 60% dos pacientes portadores de DRGE apresentam resultado endoscópico normal.

Caso o paciente não seja portador de esofagite, deve-se recomendar medidas comportamentais em acréscimo com um bloqueador do receptor H2 em dose plena por seis a doze semanas. Se houver melhora, faz-se a manutenção com dose mínima eficaz do fármaco e depois suspende-se a medicação. Entretanto, se houver insucesso terapêutico, retorna-se ao uso de IBPs em dose plena por seis a doze semanas. Após isso, faz-se manutenção com dose mínima eficaz com posterior suspensão do medicamento. Em caso de, ainda assim, o paciente não apresentar alívio dos sintomas, o médico de família deverá fazer uma investigação complementar e referenciar o paciente para um gastroenterologista (GUSSO, 2019).

Em pacientes com idade maior do que quarenta anos, com mais de dois episódios semanais, durante quatro a oito semanas, com manifestações de alerta ou atípicas, deve-se prosseguir para a etapa de solicitação de EDA. A conduta seguinte deve ser a mesma apresentada no parágrafo anterior.

A resposta ao tratamento é diferenciada porque existem variações existentes na origem de um mesmo sintoma e sintomas diferentes:

- Na doença do refluxo não erosiva não existem alterações na mucosa esofágica do paciente, porém eles sofrem exposição ácida anormal ou têm exposição normal e respondem positivamente ao uso de IBPs.

- Na pirose funcional o pH intraesofágico do paciente está normal, não há resposta aos IBPs e ele apresenta esvaziamento gástrico retardado.

O tratamento, por sua vez, tem como objetivo cicatrizar as lesões, aliviar os sintomas e prevenir recidivas e complicações e é, primeiramente, realizado de duas maneiras:

3.1. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:

i. Os fármacos de primeira escolha são os Inibidores da Bomba de Prótons e, dentre esses, o omeprazol é o mais conhecido, além de ser gratuitamente fornecido pelo Ministério da Saúde. A dose inicial de omeprazol é de 20mg/dia durante quatro a oito semanas, sempre antes das refeições, e essa dose é dobrada em caso de não abolição dos sintomas, passando a ser uma dose antes do desjejum e outra antes do jantar.

ii. Os antagonistas dos receptores H2 da histamina e os procinéticos constituem os fármacos de segunda escolha. Dentre os bloqueadores H2, os mais utilizados incluem a ranitidina, a famotidina, a cimetidina e a nizatidina, esses fármacos, porém, têm curta duração de ação, o que resulta na inibição incompleta da secreção ácida, além do paciente apresentar tolerância aos fármacos com o tempo. Alternativamente, os procinéticos são drogas que atuam aumentando diretamente o tônus do esfíncter esofágico inferior, mas eles são mais eficientes em pacientes com sintomas dispépticos associados. Os mais conhecidos são a metoclopramida e a domperidona, elas atuam, respectivamente, no sistema nervoso central e no antagonismo periférico a dopamina, por isso não são considerados fármacos de escolha devido aos efeitos colaterais que causam – sonolência e irritabilidade, no caso da metoclopramida; e hiperprolactinemia, no caso da domperidona.

iii. Por último, os antiácidos são mais utilizados em casos de refluxos ocasionais, pois eles promovem alívio rápido dos sintomas, mas não são suficientes para o tratamento a longo prazo da doença.

Uma observação importante a se fazer a respeito dos medicamentos para o tratamento de DRGE é que o uso prolongado de IBPs pode aumentar o risco de fratura de quadril, pois essa classe de fármaco é responsável por causar problemas na absorção de cálcio insolúvel. Além disso, medicamentos antiácidos podem ocasionar problemas na absorção de vitaminas do complexo B quando utilizados a longo prazo.

Medicamentos empregados no tratamento do refluxo gastroesofágico em adultos		
Classe	**Substância**	**Dose plena diária**
Antiácidos ou alcalinos	Hidróxido de alumínio Hidróxido de magnésio	Variável
Bloqueadores dos receptores H2 da histamina	Cimetidina	800mg
	Ranitidina	300mg
	Famotidina	40mg
	Nizatidina	300mg
Inibidores da bomba de prótons	Omeprazol	20mg
	Lansoprazol	30mg
	Pantoprazol	40mg
	Rabeprazol	20mg
Procinéticos	Metoclopramida	30mg
	Domperidona	30mg

Fonte: Adaptado de GUSSO (2019)

Medicamentos empregados no tratamento do refluxo gastroesofágico em crianças		
Classe	**Substância**	**Dose plena diária**
Inibidores da bomba prótons	Omeprazol	0,7 a 3,5 mg/kg/dia, 1x ao dia
	Omeprazol magnésico (dispersível)	10, 20 ou 40 mg/kg/dia, 1x ao dia
	Esomeprazol	Até 11 anos – 10 mg/dia De 11 a 17 anos – 20 a 40 mg/dia, 1x ao dia
Bloqueadores dos receptores H2 da histamina	Ranitidina (xarope 150mg/10 mL)	5 a 10 mg/kg/dia, de 12/12 horas
	Famotidina (comprimidos de 20 e 40mg)	0,5 a 1 mg/kg/dia, 1x ao dia ao deitar ou de 12/12 horas

Fonte: Adaptado de GUSSO (2019).

3.2. TRATAMENTO COMPORTAMENTAL

Visa instruir a pessoa acometida sobre refluxo gastroesofágico e inclui uma série de medidas que vão proporcionar alívio moderado dos sintomas, além de prevenir a ocorrência de regurgitações. Para tal, deve-se instruir que o paciente:

i. Eleve a cabeceira da cama em aproximadamente 15cm;
ii. Diminua a ingestão de alimentos gordurosos, cítricos, bebidas alcoólicas, bebidas gaseificadas, café, chocolate, chimarrão;
iii. Tenha cuidados especiais com medicamentos que possam causar “risco”, como colinérgicos, teofilina, bloqueadores dos canais de cálcio, alendronato de cálcio;
iv. Evite se deitar imediatamente após as refeições;
v. Evite refeições copiosas;
vi. Espessar a dieta, em caso de crianças;
vii. Suspenda o fumo;

viii. Reduza o peso corporal, caso seja obeso.

Os exames complementares são necessários apenas em casos específicos como, por exemplo, quando há ausência de resposta ao tratamento farmacológico ou quando este é continuado por muitos anos, quando há manifestações de alarme (disfagia, odinofagia, emagrecimento, hemorragia digestiva, dor torácica) e quando os sintomas são crônicos.

- A endoscopia digestiva alta (EDA) é o exame mais comum no Brasil e se caracteriza por avaliar morfologicamente o esôfago, sendo de grande valia no diagnóstico de esofagite e esôfago de Barrett;
- A pHmetria prolongada de 24 horas é um exame que monitora o pH intraesofágico e confirma a presença de refluxo quando este se caracteriza por ser ácido, mas não reconhece refluxo básico;
- A esofagomanometria avalia a peristalse e a competência do esfíncter esofágico inferior e tem eficiência em diagnosticar esclerodermia e acalasia.

O tratamento cirúrgico, alternadamente, é indicado quando há ausência de resposta ao tratamento clínico, quando é preciso fazer tratamento de manutenção com IBP, principalmente em menores de quarenta anos, e quando há dificuldade financeira do paciente em arcar com os custos em saúde. Esse tipo de tratamento pode ser realizado de forma minimamente invasiva por meio de cirurgia laparoscópica ou cirurgia robótica e consiste em confeccionar uma válvula sobre o esôfago, com o próprio estômago, e corrigir a hérnia de hiato quando presente.

Outro tratamento cirúrgico indicado é a realização de cirurgia bariátrica em pacientes obesos que não apresentam melhora do quadro clínico com o tratamento farmacológico e não conseguem reduzir o peso corporal. A bariátrica se torna necessária porque um índice maior de massa abdominal aumenta a pressão transdiafragmática que, consequentemente, causa aumento na pressão basal da barreira antirrefluxo e contribui para episódios de refluxo gastroesofágico.

Por último, para aqueles pacientes que fizeram um tratamento bem sucedido, o médico de família deve conscientiza-lo das formas de prevenção para não haver recidiva. As medidas de prevenção envolvem o combate ao sobrepeso e à obesidade, evitar comer demasiadamente assim como não deitar imediatamente após as refeições; evitar ingerir bebida alcoólica e café puro ou chá preto em jejum.

4. CASO CLÍNICO

J. A. P., feminino, 18 anos, branca, estudante, natural e procedente de Sobral. Paciente vai ao PSF pela primeira vez com história de pirose retroesternal há 3 meses. Anteriormente o sintoma se apresentava de forma ocasional, mas nos últimos 2 meses, a frequência e a intensidade dos episódios aumentaram. Atualmente apresenta episódios cerca de quatro vezes na semana com piora após refeições volumosas e após deitar-se, além de ser acompanhada de regurgitação; sem fator de melhora. Refere que associado a esses sintomas, apresenta tosse seca e rouquidão. Nega náuseas, vômitos, diarreia, odinofagia, disfagia, hematêmese, perda ponderal e halitose. Nega uso de medicamentos contínuos e alergias. Nega tabagismo e etilismo. Refere que possui uma alimentação bem desregulada, abusando de pães, fast food, doces e comidas processadas.

Ao exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, vigil, sem linfadenomegalias, afebril (36,3ºC), corada, hidratada, anictérica, acianótica, normopneica (12 irp), normocárdica (78 bpm) e normotensa (120×80 mmHg). Peso: 55 kg. Altura: 1,58m. IMC: 22,03.

QUESTÕES PROPOSTAS

1. **Diante do caso clínico apresentado, qual a melhor suspeita diagnóstica?**
   a) Dispepsia.
   b) Doença do refluxo gastroesofágico.
   c) Asma.
   d) Resfriado.
   e) Alergia a alimentos gordurosos.
2. **Qual deve ser a conduta médica?**
   a) Receitar bloqueadores do receptor de histamina H2 durante duas semanas.
   b) Fazer teste terapêutico com procinéticos a fim de melhorar o peristaltismo esofágico.
   c) Recomendar uso de antiácidos para neutralização dos sintomas, durante quatro semanas.
   d) Receitar inibidores da bomba de prótons, uma vez ao dia, durante quatro semanas.
   e) Recomendar mudanças na dieta, como redução do consumo de fast-food, além de uso de Domperidona, durante quatro semanas.

3. **Quais recomendações o médico de família não deve esquecer de fazer ao paciente do caso apresentado?**

a) A diminuição do consumo de fast-foods, açúcares e comidas processadas, além de evitar comer demasiadamente e/ou deitar-se após as refeições e indicar ao paciente que durma em decúbito lateral esquerdo.

b) A realização de pHmetria após a Endoscopia Digestiva Alta.

c) O espessamento da dieta a fim de evitar que a alimentação seja refluxada durante o relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior.

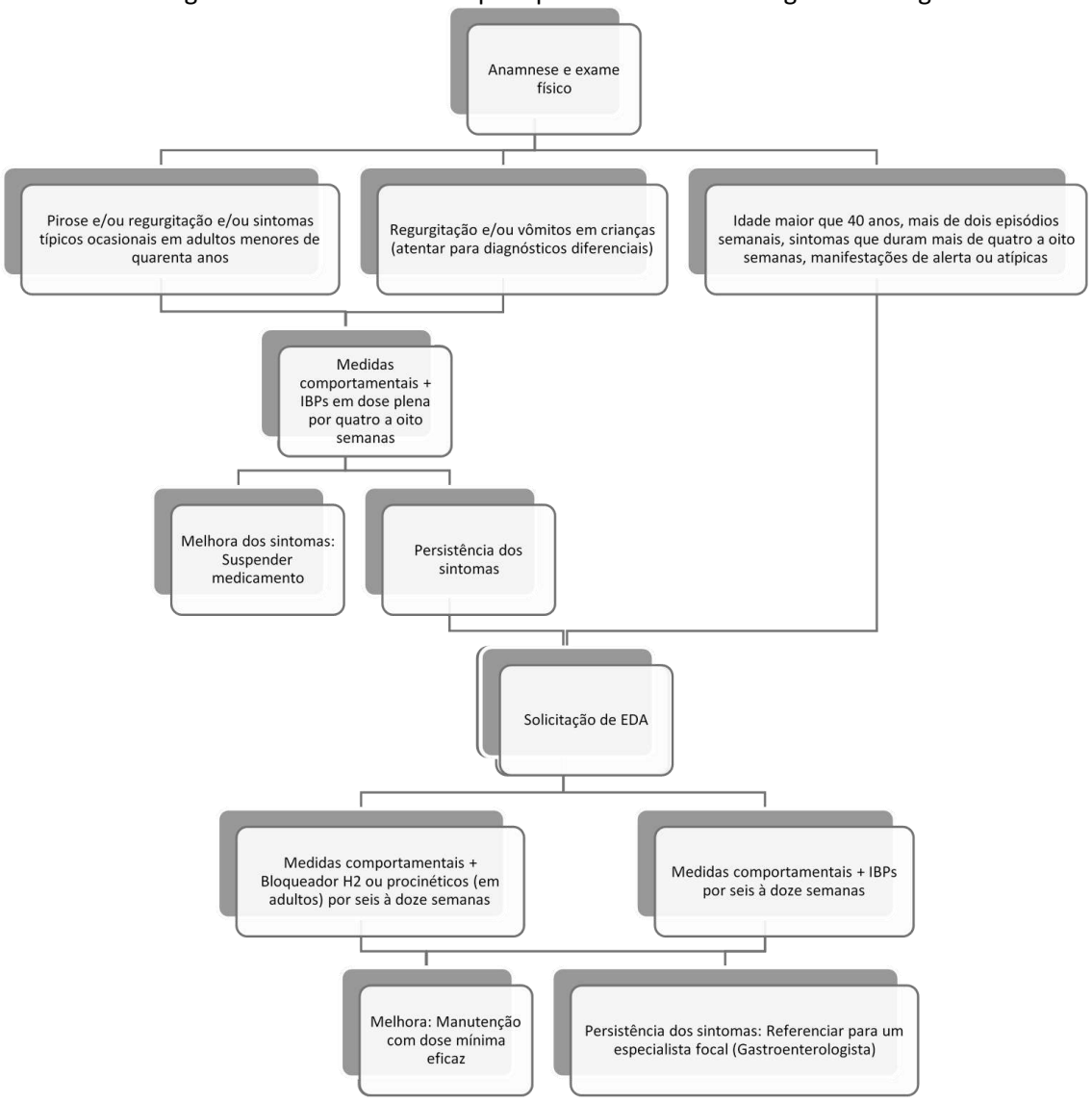
d) A ida ao pneumologista para avaliar a tosse e a rouquidão apresentadas.

e) A realização de cirurgia a fim de evitar o tratamento farmacológico.

Gabarito: 01. B, 02. D, 03. A

FLUXOGRAMA

Fluxograma – Conduta médica para paciente com refluxo gastroesofágico



Fonte: Adaptado de GUSSO (2019).

REFERÊNCIAS

DANI, Renato. PASSOS, Maria do Carmo. Gastroenterologia essencial. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

COSTA, Gabriela Farah et al. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e seus mecanismos fisiopatológicos. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, Mato Grosso: [s.n.], 2020. P. 116-119. v. 29, n. 1.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José; DIAS, Lêda. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HENRY, Maria Aparecida Coelho. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. ACBD: Arq. Bras. Cir. Dig. [S.L.]: [s.n.], 2014. p. 210-215.

MEDICINA NET. Esôfago: doença do refluxo gastroesofágico. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5612/esofago_doenca_do_refluxo_gastresofagico.htm>. Acesso em: 01.12.2020.

NEOBAROS. Cirurgia do refluxo gastroesofágico. Disponível em: <https://bariatricaemetabolicabh.com.br/cirurgia-do-re%EF%AC%82uxo-gastroesofagico/>. Acesso em: 01.12.2020.

WANNMACHER, Lenita. Inibidores da bomba de prótons: Indicações racionais. Uso racional de medicamentos: temas selecionados, Brasília: [s.n.], 2004. v. 2, n. 1

CAPÍTULO XXXIV

ALTERAÇÕES DO HÁBITO INTESTINAL

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-34

Autor(a): Naíse Lima Mourão Soares
Coautores: Hellen Gomes Fernandes
Mateus Rodrigues de Aguiar
Wendelly Soares Torres
Orientador(a): Melka Samai Silva Jovino

1. DIARREIA AGUDA

1.1. INTRODUÇÃO

A diarreia aguda é bastante comum, ocorrendo, predominantemente, nos países subdesenvolvidos, nos quais existe uma maior ausência de água encanada, de rede de esgoto, uma maior quantidade de pessoas vivendo em um mesmo cômodo e uma menor escolaridade materna, fatores esses ditos de risco para a doença supracitada, já que a transmissão acontece de modo fecal- oral.

Nos últimos anos, teve uma redução da morbimortalidade dessa patologia devido à introdução dos sais de reidratação oral, de antibióticos para disenteria, da vacina contra o rotavírus e de melhorias nas condições sanitárias e de saúde.

O tempo de acometimento, em geral, é inferior a 14 dias. As suas principais etiologias são infecciosas, principalmente, virais, bacterianas e parasitárias, sendo denominada gastroenterite. Geralmente, é uma diarreia autolimitada e que não precisa de exames complementares para a investigação, a menos que existem sinais de alerta.

Quanto à etiologia, os vírus se sobressaem, sendo o Rotavírus mais comum em crianças e o Norovírus em adultos. Além disso, é muito importante fazer a associação entre os agentes e as situações/ alimentos, a fim de que o diagnóstico seja feito de maneira mais efetiva.

Situações/ Alimentos	Agentes associados
Uso de antibióticos	Clostridium difficile (Colite pseudomembranosa)
Imunodeficientes	Agentes oportunistas (Ex: Isospora belli)
Creches	Shigella, Giardia, Cryptosporidium e Rotavírus
Viajantes	E. coli enterotoxigênica
Asilos e presídios	Clostridium difficile
Piscinas	Giardia e Cryptosporidium

Situações/ Alimentos	Agentes associados
Alimentos deteriorados e higiene precária	Salmonella, Shigella, Campylobacter
Ovos, maionese e cremes	S. aureus (toxina)
Carnes e aves	Salmonella, C. perfringens, E. coli, Campylobacter

Fonte: Adaptado de LIMA et al. (2019)

1.2. QUADRO CLÍNICO

As diarreias são caracterizadas por um aumento na frequência das evacuações, em geral, mais de três vezes ao dia, com fezes de consistência reduzida. Associado a isso, os pacientes também podem apresentar dor abdominal difusa, náuseas e vômitos.

Diante das informações obtidas na anamnese, um paciente com diarreia aguda deve ser classificado, principalmente, como portador de uma diarreia inflamatória (‘’invasiva”) ou não inflamatória.

A diarreia aguda inflamatória é caracterizada pela presença de sangue, muco e pus nas fezes (disenteria), febre e positividade de elementos anormais nas fezes (EAF) para hemácias, leucócitos e lactoferrina. Geralmente, acomete o cólon, manifestando-se com diarreia de pequeno volume, com várias evacuações ao longo do dia, tenesmo, urgência fecal e dor em quadrante inferior esquerdo.

A diarreia aguda não inflamatória é caracterizada pela presença de fezes aquosas, sem sangue, muco ou pus, ausência de febre e EAF negativo. O intestino delgado é o mais acometido neste caso, manifestando-se com diarreia de grande volume e pequena frequência de evacuações.

Além dessas manifestações gerais, alguns patógenos podem ser responsáveis por quadros específicos, as quais são descritos logo abaixo.

Patógeno	Manifestações
Salmonella	Em pacientes com Anemia Falciforme: Osteomielite
Campylobacter	Pseudoapendicite e Síndrome de Guillain- Barré
Yersinia	Pseudoapendicite
Shigella	Megacólon tóxico, perfuração intestinal, distúrbios metabólicos, convulsões, rebaixamento do nível de consciência

Fonte: Adaptado de LIMA et al. (2019)

Ao exame físico, o principal objetivo é identificar sinais de desidratação, os quais se manifestam por olhos fundos/encovados, ausência de lágrimas, avidez por água, aumento do tempo de reperfusão capilar (> 3 segundos), redução do turgor da pele, mucosas secas, extremidades frias (desidratação grave), apatia, letargia/ estado comatoso (desidratação grave), taquicardia e fontanelas deprimidas.

Os sinais que mais se relacionam à desidratação são o sinal da dobra cutânea, seguido de alteração no estado mental, olhos fundos e mucosas secas.

1.3. MANEJO

O diagnóstico de diarreia aguda é realizado a partir da anamnese e do exame físico. Na modalidade não inflamatória, não é necessário exames diagnósticos complementares, já que se trata de uma doença autolimitada e que cuja positividade em exames é baixa, não sendo custo- efetiva.

Os exames complementares devem ser realizados em situações específicas ou na presença de sinais de alerta.

Quando solicitar exames?
-Disenteria (Diarreia inflamatória)
- Pacientes imunocomprometidos
- Diarreia > 7 dias
- Piora progressiva
- Diarreia acompanhada de desidratação franca
- Idade acima de 70 anos
- Alteração do nível de consciência, comprometimento renal (disfunção sistêmica)
- 6 ou mais episódios por dia de diarreia

Quais exames solicitar?
- Laboratório e bioquímica geral
- Fezes: EAF (Elementos anormais nas fezes, a exemplo de hemácias, leucócitos e lactoferrina), Coprocultura, Pesquisa de toxinas do Clostridium difficile (em casos suspeitos), PCR
- Exame parasitológico de fezes (três amostras de EPF + pesquisa de antígenos fecais de Giardia e Ameba) se: a) Diarreia > 10 dias; b) Região endêmica; c) Surto com origem em fonte comum de água; d) Infecção pelo HIV; e) Prática de sexo anal.
- Colonoscopia: EVITAR!!!
- Tomografia: para diagnósticos diferenciais (em casos específicos)

Fonte: Adaptado de LIMA et al. (2019)

O tratamento pode ser realizado com algumas medidas a depender do quadro clínico do paciente. Em relação à dieta, a alimentação não deve ser forçada. Pode-se optar por alimentos mais facilmente digeríveis e da preferência do doente. É importante salientar que, em lactentes, a amamentação não deve ser interrompida.

Quanto ao uso de agente antidiarreicos, deve ser claro a sua contraindicação básica: diarreia inflamatória ou invasiva. Pacientes que apresentam sinais de comprometimento sistêmico, sangue, pus ou muco nas fezes e febre, não devem fazer a utilização desses

medicamentos. O principal representante da classe é a Loperamida, cujo nome comercial é Imosec, o qual deve ser utilizado na dose de 4 mg de ataque, seguido de 2 mg VO após cada evacuação, até de 16 mg/ dia por no máximo 2 dias.

Ainda nessa perspectiva, os antimicrobianos podem ser utilizados para o tratamento de alguns pacientes com diarreia aguda, de forma empírica. Os mais utilizados são da classe das fluoroquinolonas, tendo como representantes o Ciprofloxacino e o Levofloxacino. O primeiro deve ser utilizado na dose de 500 mg, de 12/12h , por 3 a 5 dias, e o segundo deve ser utilizado na dose de 500 mg, 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias. As alternativas são Sulfametoxazol + Trimetropim 800/160 mg, de 12/12h ou Doxiciclina 100 mg, de 12/12h, ambos por 5 a 7 dias.

Quando usar antibioticoterapia empírica?
- Nos casos graves, com febre, desidratação indicando internação e presença de 8 ou mais evacuações diárias.
- Presença de disenteria (sangue, muco e pus nas fezes, com sinais de toxemia)
- Alto risco de complicações: > 70 anos, imunossuprimidos, multimorbidades.

Fonte: Adaptado de LIMA et al. (2019)

O uso de probióticos, os quais são microorganismos vivos que podem ajudar a reestabelecer a microbiota intestinal, ainda é controverso. Estudos indicam baixa evidência no uso desses medicamentos na diarreia aguda (entretanto, alguns autores recomendam o uso nessa condição), porém benefício confirmado após antibioticoterapia. O representante dessa classe mais estudado é *Saccharomyces boulardii* (Floratil 100-200 mg, de 8/8h).

A etapa mais importante do tratamento se resume à hidratação, a qual deve ser realizada em todos os pacientes, até mesmo naqueles que não têm sinais de desidratação ao exame físico, a fim de prevenir esse desfecho, que mais comumente ocorre nos extremos de idade. Deve-se preferir os sais de reidratação oral, soluções já prontas. Caso não seja possível essa opção, pode-se utilizar o soro caseiro, o qual é preparado com 1 litro de água filtrada ou fervida + 1 colher de sopa de açúcar + 1 colher de chá de sal. Cabe ressaltar que essa solução só pode ser usada durante 24 horas, devendo ser descartada após esse período. Os sais de reidratação oral ou o soro caseiro devem ser oferecidos após cada evacuação, totalizando uma média de 50-200 ml/ kg/dia. A reidratação venosa está indicada em pacientes gravemente desidratados, utilizando preferencialmente o soro ringer lactato, pois o soro fisiológico pode ocasionar uma acidose metabólica hiperclorêmica, piorando a acidose secundária à diarreia.

2. CONSTIPAÇÃO

2.1. INTRODUÇÃO

Constitui um sintoma de grande prevalência na população mundial, sendo uma queixa frequente na atenção primária, bem como em consultórios de gastroenterologistas. Geralmente é mais comum em mulheres e idosos, sendo as suas causas as mais diversas. Na grande maioria dos casos, requer um alto nível de atenção da equipe médica, uma vez que traz impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos.

2.2. QUADRO CLÍNICO

A constipação é definida como evacuação irregular, difícil ou pouco frequente. Pode ser classificada em primária (funcional) ou secundária (orgânica).

2.2.1. CONSTIPAÇÃO PRIMÁRIA

A constipação primária não possui etiologia definida e encontra-se relacionada com alterações motoras intestinais, sem associação com doenças, uso de medicações ou sinais de alarme. Deve preencher os critérios de Roma IV, com base na tabela apresentada a seguir:

Critérios de Roma IV de constipação primária
1. Deve incluir dois ou mais dos seguintes critérios, nos últimos três meses, com sintomas tendo início há pelo menos 6 meses:
- Esforço para evacuar ao menos em 25 % das vezes;
- Fezes ressecadas ou duras ao menos em 25 % das evacuações;
- Sensação de evacuação incompleta ao menos em 25 % das vezes;
- Manobra manual de facilitação da defecação ao menos em 25 % das vezes;
- Sensação de obstrução anorretal ao menos em 25 % das vezes;
- Menos de 3 evacuações por semana;
2. Raramente fezes amolecidas sem o uso de laxativos.
3. Critérios insuficiente para Síndrome do Intestino Irritável.

Fonte: Adaptado de GUSSO et al. (2019)

1) Constipação de Trânsito Normal: A passagem do bolo alimentar pelo intestino é feita dentro do tempo considerado adequado, porém o paciente refere fezes endurecidas ou sensação de evacuação incompleta. Geralmente responde bem a suplementação de fibras e laxativos osmóticos.

2) Constipação de Trânsito Lento (inércia colônica): Mais comumente acomete mulheres jovens, após a puberdade. Devido a um trânsito intestinal lentificado, principalmente, no sigmoide e no reto, os pacientes podem referir dor abdominal, flatulências

e desconforto. Decorre de uma redução dos neurônios do plexo mioentérico, bem como da redução da liberação de neurotransmissores.

3) Dissinergia do assoalho pélvico: Ocorre por uma contração, paradoxal, dos músculos do assoalho pélvico durante a defecação, os quais deveriam relaxar.

2.2.2. CONSTIPAÇÃO SECUNDÁRIA

A constipação secundária possui relação com anormalidades anatômicas e motoras do trato digestivo e condições sistêmicas associadas. As principais causas podem ser:

i. Medicamentosa: Anticolinérgicos, simpaticomiméticos, diuréticos, analgésicos (AINES e opioides), antidepressivos, antiparkinsonianos, bloqueadores de canais de cálcio.
ii. Distúrbios Endócrinos: Hipotireoidismo, Hiperparatireoidismo, Diabetes.
iii. Condições Neuromusculares: Chagas, Parkinson, esclerose múltipla, neuropatia autonômica, Doença de Hirschsprung, pseudo-obstrução intestinal.
iv. Condições Psicogênicas: Depressão, Ansiedade.
v. Condições gastrointestinais: Câncer colorretal, fissura e estenose anorretais, intolerâncias alimentares, doença celíaca, doença de Crohn.

2.3. MANEJO

O diagnóstico é realizado a partir da anamnese e do exame físico na grande maioria dos casos. Dessa forma, o paciente deve ser questionado quanto à frequência das evacuações, duração do sintoma, consistência das fezes, presença de hematoquezia, perda ponderal associada, bem como sobre o uso de medicamentos, comorbidades, história familiar de neoplasia colorretal, hábitos de vida e alimentação. No exame físico, a palpação abdominal e o toque retal podem ser úteis para confirmar ou afastar hipóteses relacionadas à constipação secundária.

Na grande maioria dos casos, não será necessário a realização de exames complementares, porém devem ser solicitados em pacientes que possuírem sinais de alarme ou na suspeita de alguma doença sistêmica envolvida no quadro de constipação.

Sinais de alarme
- Hemorragia retal;
- Dor abdominal intensa;
- Perda de peso;
- Anorexia;

Sinais de alarme
- Tenesmo;
- Febre;
- Idade superior a 45 anos com início recente do quadro;
- Exames laboratoriais alterados (ex: anemia);
- História familiar positiva para câncer colorretal, doença inflamatória intestinal e doença celíaca.
- Massa abdominal ou retal palpável.

Fonte: Adaptado de GUSSO et al. (2019)

Os exames complementares que auxiliam na investigação são: laboratório bioquímico (hemograma, glicemia de jejum, hormônio tireoidiano, cálcio, função renal), ileocolonoscopia (> 45 anos e presença de sinais de alarme), radiografia simples de abdome (megacólon), tempo de trânsito colônico (identificar constipação de trânsito lento), manometria anorretal (avaliar distúrbios neurológicos ou dissinergias anorretais) e defecografia (suspeita de anormalidades estruturais).

O tratamento consiste em medidas não farmacológicas e farmacológicas, devendo ser individualizado. Além disso, uma boa relação médico-paciente é de extrema importância, com orientações a respeito das modificações no estilo de vida e esclarecimentos sobre o funcionamento adequado do intestino.

Entre as medidas não farmacológicas, destacam-se a prática regular de exercícios físicos, modificações dietéticas, aumento da ingesta hídrica (cerca de 30-50 ml/kg por dia), aumento do consumo de fibras, que melhoram o padrão evacuatório e de alimentos ricos em sorbitol, os quais têm efeitos laxativos e são representados pela maçã, ameixa, uva, morango e pêssego. Ademais, é importante a prática da reeducação intestinal, que consiste em ir ao banheiro diariamente, permanecer no vaso sanitário por alguns minutos, mesmo que sem sucesso, de preferência logo ao acordar e 30 min após as refeições para aproveitar o reflexo gastrocólico. É importante atender o reflexo evacuatório e manter a concentração durante o ato de evacuar (evitar uso de eletrônicos).

Entre as medidas farmacológicas, algumas classes de laxantes podem ser utilizadas:

i. Formadores de massa: As fibras retêm água, aumentando o volume fecal e reduzindo sua consistência. Entre os representantes estão: Fibras sintéticas, policarbofila cálcica, metilcelulose, *psyllium* e Ágar- Ágar.
ii. Laxativos emolientes: Agem facilitando o deslizamento das fezes, já que são substâncias oleosas, porém podem prejudicar a absorção de vitaminas

lipossolúveis. Além disso, não devem ser utilizados em pacientes com dificuldade de deglutição por aumentarem o risco de pneumonia lipídica. Entre os principais representantes estão: Óleo mineral e docusato de sódio

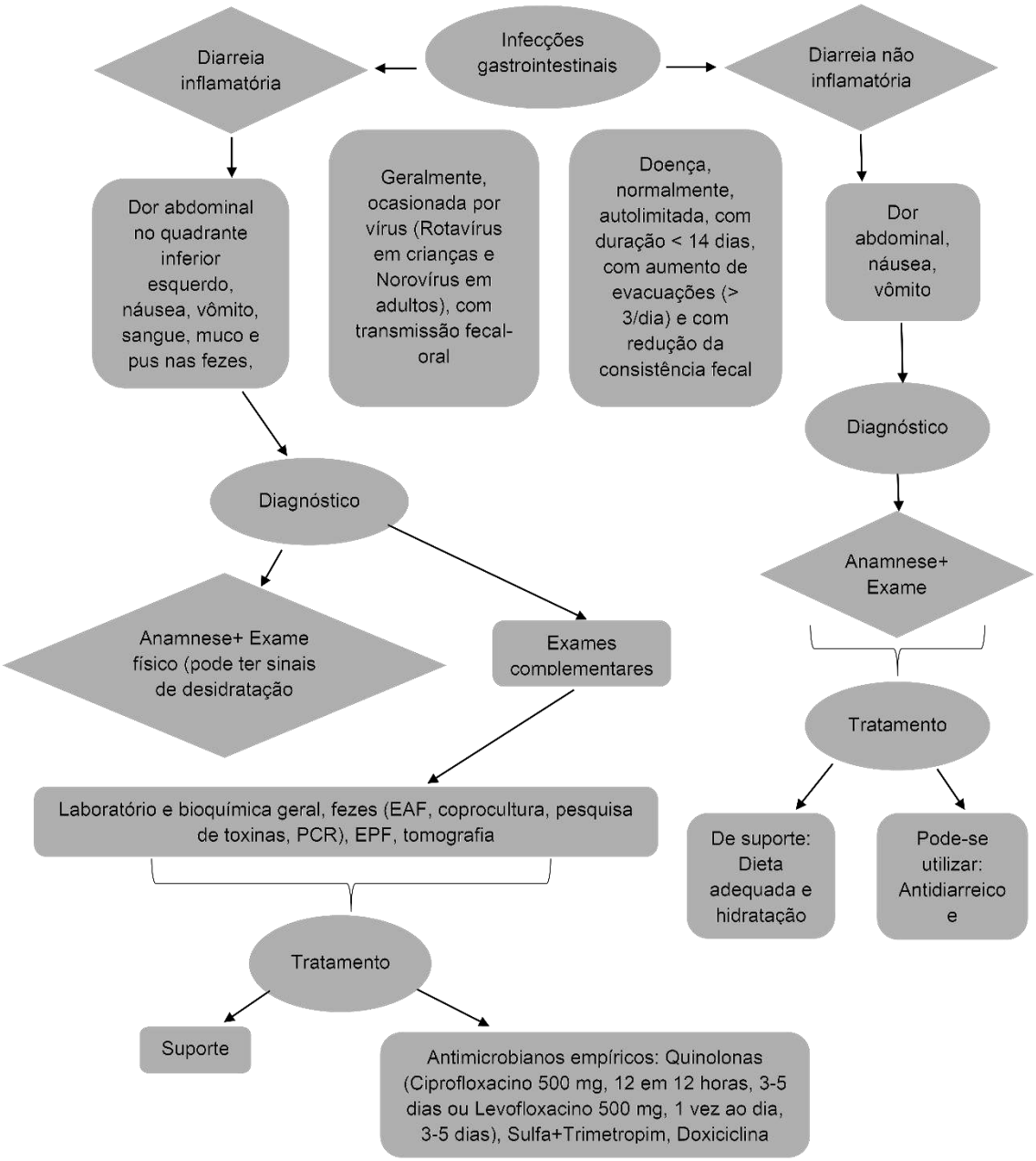
iii. Laxativos osmóticos: Agem lubrificando as fezes por meio de agentes osmoticamente ativos, os quais aumentam a passagem de água para o lúmen intestinal. Entre os representantes estão: Polietilenoglicol (PEG) - mais seguro da classe, podendo ser utilizado em gestantes, vários dissacarídeos (lactulose, sorbitol, lactitiol manitol) e soluções salinas (à base de sódio e magnésio).

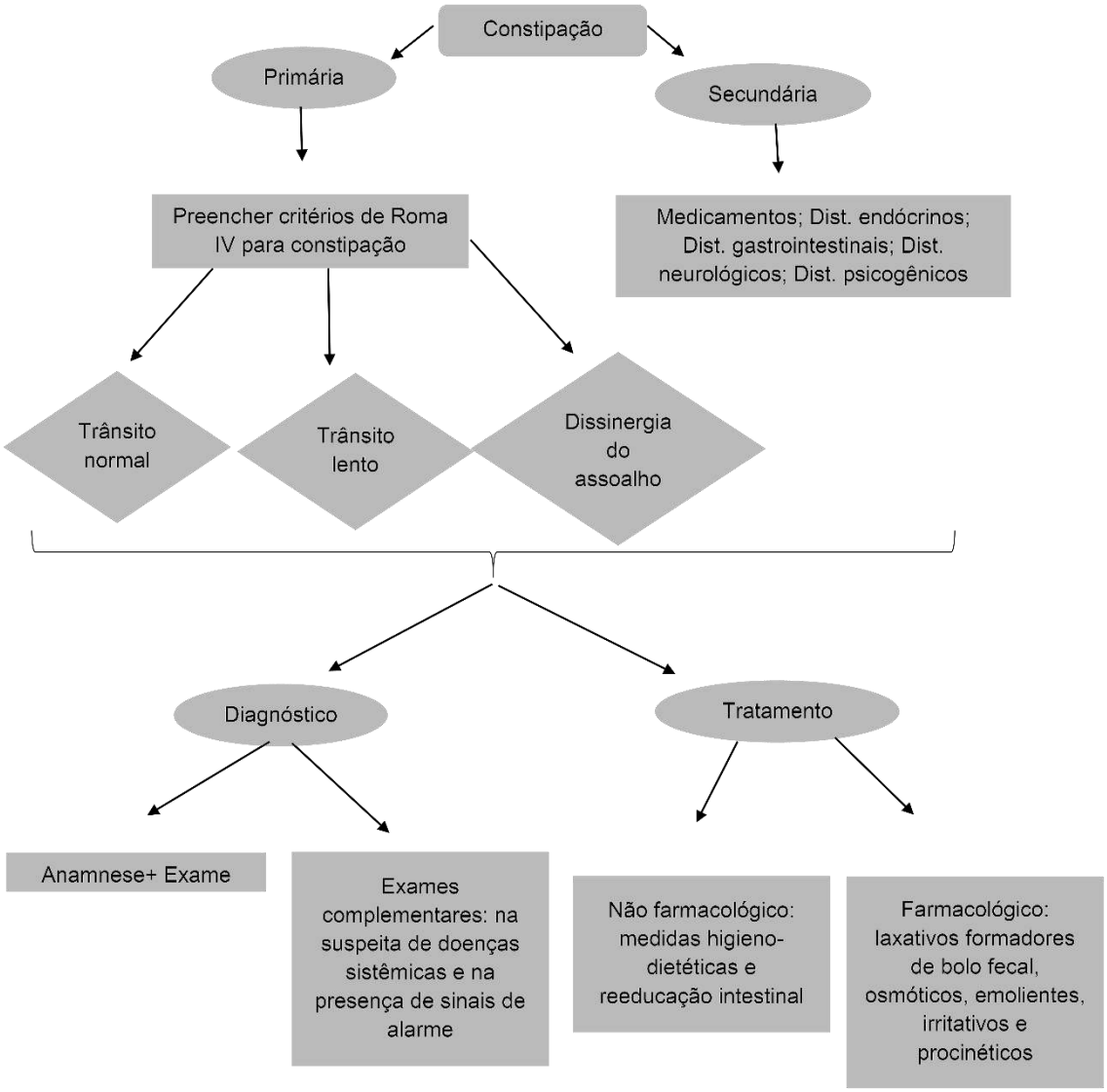
iv. Laxativos irritativos: Agem promovendo um aumento da contração da musculatura lisa intestinal, porém, a longo prazo, podem promover uma lesão dos neurônios do plexo mioentérico, acarretando uma dismotilidade colônica. Entre os principais representantes estão: derivados da antraquinona (cáscara sagrada, senosídeos), óleo de rícino e os derivados do difenilmetano (bisacodil e picossulfato de sódio).

v. Laxativos procinéticos: Agem aumentando o peristaltismo de maneira mais fisiológica. Entre os principais representantes estão: domperidona, prucaloprida.

vi. Laxativos secretores: Estimulam o movimento de íons e água para a luz intestinal, estimulando assim o trânsito e facilitando a evacuação. O único representante disponível no Brasil é o lubiprostone.

FLUXOGRAMAS





3. CASO CLÍNICO

Paciente feminino, 32 anos, casada, católica, engenheira civil, natural e procedente de Crateús- CE. Procurou o serviço de emergência do município com a queixa principal de "diarreia e dor de barriga". A enferma, quando perguntada sobre os sintomas, refere diarreia aquosa, com ausência de muco, pus e sangue, de início há 20 horas, associada a dor abdominal difusa, náusea e vômitos. Relatou ainda ter evacuado quatro vezes desde o início dos sintomas. Quanto aos fatores de melhora ou piora, falou ter usado dipirona, 40 gotas, com melhora parcial da dor abdominal. Ademais, a doente fazia uma possível associação entre o quadro diarreico e o consumo de um creme em uma padaria local, tendo os sintomas iniciado

poucas horas após o consumo. Negava comorbidades prévias, cirurgias e alergia a medicamentos, além de fazer uso de anticoncepcional diário. Ao exame físico, bom estado geral, anictérica, acianótica e afebril, turgor da pele normal, tempo de reperfusão capilar de 2 segundos, mucosas úmidas, extremidades quentes e bem perfundidas, FC: 76 bpm, FR: 16 irpm, PA: 120 x 80 mmHg, aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações, RHA presentes, abdome normotimpânico, doloroso difusamente á palpação e sem visceromegalias.

1. **Observando a história da paciente, qual o possível agente etiológico da diarreia aguda?**
    a) Citomegalovírus
    b) Entamoeba hystolitica
    c) Shigella
    d) Campylobacter
    e) S. aureus
2. **Qual o próximo passo para o diagnóstico da paciente?**
    a) Solicitar uma colonoscopia
    b) Realizar uma coprocultura
    c) Solicitar um parasitológico de fezes
    d) Fechar o diagnóstico sem exames complementares
    e) Solicitar uma tomografia
3. **Qual o tratamento mais correto a ser instituído à paciente do caso?**
    a) Imosec
    b) Floratil
    c) Ciprofloxacino
    d) Ciprofloxacino e Floratil
    e) SRO, Floratil

Gabarito: 1. E, 2. D, 3. E.

REFERÊNCIAS

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

LIMA, José Milton de Castro et al. Gastroenterologia e Hepatologia: sintomas, sinais, diagnóstico e tratamento. 2. ed. Fortaleza: UFC, 2019.

RIDDLE, Mark S. et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. The American Journal of Gastroenterology. Maryland-USA: [s.n.], 2016. p. 602-621. Disponível em: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2016/05000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis,_Treatment,_and.14.aspx. Acesso em: 18.06.2020.

SOBRADO, Carlos Walter. et al. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. Journal of Coloproctology. Rio de Janeiro: [s.n], 2018. p. 137-144. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-93632018000200137&script=sci_arttext. Acesso em: 14.07.2020.

FILHO, Hélio Magarinos Torres. Gastroenterites infecciosas: diagnóstico laboratorial. Jbm. Rio de Janeiro: [s.n.], 2013. p. 25-29. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2013/v101n2/a3986.pdf. Acesso em: 18.06.2020.

CAPÍTULO XXXV

DOENÇAS ORIFICIAIS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-35

Autor(a): Júlia Oliveira de Assis
Coautores: Hellen Gomes Fernandes
João Matheus Girão Uchôa
Mateus Rodrigues de Aguiar
Orientador(a): Robert William de Azevedo Bringel

1. INTRODUÇÃO:

As doenças proctológicas ou orificiais consistem em um conjunto de afecções que atinge a região anal, compreendendo desde a região perianal (anoderma) externamente até o canal anal anatômico, definido proximalmente como a junção anorretal, cerca de 2cm acima da linha pectínea. Patologias nessa localização são frequentes na prática clínica, causando sintomas desconfortáveis no ato da defecação. O médico da atenção primária comumente vai se deparar com pacientes referindo queixas proctológicas e deve estar apto a reconhecer e conduzir adequadamente as principais doenças orificiais benignas, bem como identificar sinais e sintomas de suspeita para doenças malignas.

A maioria dos pacientes com queixas proctológicas apresenta dificuldade em expor essa condição como problema principal nas consultas, sendo comum a prática da automedicação, resultando em atraso no diagnóstico e agravamento da enfermidade. Portanto, as doenças orificiais se enquadram, muitas vezes, como demandas ocultas dos pacientes, exigindo do profissional dedicado a busca ativa por dados relevantes na anamnese.

O sangramento e dor a defecação são os sintomas mais frequentes das doenças orificiais e frequentemente são atribuídos a doença hemorroidária, dada a alta prevalência desta afecção no nosso meio. No entanto, é necessário investigação adequada com anamnese e exame clínico detalhados, uma vez que muitas outras afecções podem cursar com sintomas semelhantes, dentre elas a fissura anal, abscesso e fístula anorretal, prolapso retal, pólipos, neoplasias, DST e cisto pilonidal.

O médico da atenção primária deve estar atento para os sinais de alerta, que aumentam a suspeição de doença maligna, necessitando de exames mais complexos, como a

colonoscopia, e da avaliação de profissionais mais especializados (Coloproctologista) com o intuito de estabelecer um diagnóstico e tratamento precisos.

Tabela 1 - Sinais de Alerta

Sinais de Alerta
▪ Idade > 50 anos. ▪ História familiar de neoplasias retais, PAF ou DII. ▪ Sangramento anal persistente, apesar de tratamento. ▪ Perda de peso sem motivo (> 10% do peso em 6 meses). ▪ Anemia persistente por deficiência de ferro após tratamento adequado. ▪ Massa abdominal palpável.

Fonte: Adaptada de Gusso et al. (2019)

2. ANAMNESE E EXAME PROCTOLÓGICO:

Uma boa relação médico paciente é fundamental na abordagem do paciente com doença orificial, sempre visando diminuir o constrangimento, aumentando o grau de confiança para a obtenção de dados relevantes e para a realização do exame proctológico, fundamentais para estabelecer o diagnóstico adequado.

Na anamnese deve-se pesquisar detalhes sobre o sangramento, dor, protrusão, edema, sensações anormais, características das fezes, uso de laxantes, sintomas abdominais e urinários, bem como hábitos alimentares, de hidratação e intestinais. Todos os pacientes devem ser indagados quanto a antecedentes de sexo anal, a prática de sexo sem preservativos ou outras possíveis causas de infecção, tendo em vista que doenças sexualmente transmissíveis, como o condiloma acuminado, podem desencadear sintomas na região anorretal. A pesquisa de trauma na região também é importante para a investigação diagnóstica. Os profissionais da atenção primária devem ter familiaridade com os sintomas mais recorrentes das doenças anorretais e os sinais de alerta já citados no início do capítulo.

Tabela 2 - Sintomas mais recorrentes das doenças anorretais

Sintomas mais recorrentes das doenças anorretais
▪ Sangramento anal (hematoquezia). ▪ Secreção anal (mucorreia). ▪ Dor ou desconforto no ato evacuatório. ▪ Prurido anal (irritações e/ou dermatites perianais). ▪ Prolapso hemorroidário. ▪ Descarga purulenta perianal (fístulas). ▪ Dor e abaulamento da região perianal (Abscessos). ▪ Sensação de esvaziamento incompleto do reto após evacuação. ▪ Inflamação aguda com intumescimento da borda anal (trombose hemorroidária aguda). ▪ Incontinência fecal. ▪ Mudança no hábito intestinal (constipação, diarreia ou alternância).

Fonte: Adaptada do Gusso et al. (2019)

O exame proctológico deve ser realizado em ambiente adequado, privativo e com boa iluminação, sendo a maioria das lesões facilmente detectadas. O médico da atenção primária deve estar apto a realizá-lo. É fundamental a explicação detalhada ao paciente do passo a passo a ser realizado, evitando manobras bruscas. Vale lembrar que patologias dolorosas nessa região são extremamente desconfortáveis e o exame deve ser feito com muito cuidado e atenção as queixas do paciente. O paciente deve ficar em uma posição que permita boa exposição da região anorretal. A posição genupeitoral favorece o examinador por facilitar a inspeção e palpação anais, bem como a execução de procedimentos, principalmente em pacientes obesos. Entretanto, essa posição é mais desconfortável e constrangedora para o paciente tanto fisicamente quanto emocionalmente, fato que coloca a posição lateral esquerda (posição de Sims) como melhor opção. Essa posição consiste no paciente em decúbito lateral esquerdo e com a perna de baixo estendida e a de cima fletida.

O exame físico é dividido em três etapas: inspeção do ânus e do períneo, toque retal e anuscopia. Cada passo do exame deve ser explicado ao paciente para que ele se prepare e possa colaborar no processo.

Na inspeção da região anal e perineal, o profissional deve afastar as nádegas do paciente com as duas mãos, possibilitando uma adequada visualização do início do canal anal. Essa etapa do exame já pode ser determinante para o diagnóstico final do paciente. O médico deve ficar atento aos seguintes sinais:

• Presença de plicomas anais, os quais são saliências da pele na região perianal (skin tags) - podem dificultar a higiene, causando irritação e inflamação.

• Presença de trombos hemorroidários externos (Nodulações com coágulos de coloração violácea na borda anal).

• Presença de orifícios fistulosos com descarga purulenta (fístulas anorretais).

• Abaulamento, calor e hiperemia na região perianal e interglútea (abscessos, cistos pilonidais).

• Alterações na coloração da pele perianal e sua integridade (dermatites eczematosas e por fungos).

• Lesões ulcerovegetantes na região (neoplasias).

• Lesões verrucosas (condiloma) e úlceras (sífilis, herpes).

• Fissuras anais à inspeção dinâmica (geralmente na linha média posterior).

• Prolapso mucoso e hemorroidário.

• Prolapso retal completo ou procidência (exteriorização de todas as camadas do reto).

Seguida a inspeção, deve-se palpar a região com objetivo de buscar nódulos subcutâneos e abcessos menos superficiais, bem como testar a sensibilidade perianal. É importante também analisar o aspecto da fenda anal para coletar dados sobre o tônus da musculatura esfincteriana. Pedir que a pessoa realize a manobra de Valsalva pode ajudar a mostrar algum sinal oculto pelo aumento da pressão abdominal, causando exteriorização de lesões não detectadas na inspeção estática.

O toque retal é outra etapa do exame físico que necessita do uso de lubrificante ou anestésico tópico para diminuir o desconforto local. É muito importante que o profissional deixe o paciente ciente sobre as etapas do exame e alerte sobre a possível impressão de uma falsa sensação de evacuação. O dedo indicador deve ser introduzido com delicadeza e, após vencer a barreira do esfíncter, ele deve realizar movimentos circunferenciais com o intuito de pesquisar alterações no relevo e na mucosa do canal anal. É importante destacar que alguns achados, como o prolapso de mamilo hemorroidário interno, podem apresentar o aspecto de neoplasias, fato que exige a atenção do profissional quanto a consistência do relevo encontrado, uma vez que qualquer endurecimento deve sugerir uma massa tumoral. O examinador deve também perceber os movimentos voluntários de contração da musculatura anorretal, com o intuito de avaliar o tônus e continência anal. Terminado o toque, deve-se observar a luva em busca de sinais de sangramento advindo do canal anal proximal ou reto, um sinal de alerta para diversas patologias. Vale ressaltar que neoplasias localizadas no reto médio e distal quase sempre estnao ao alcance do toque retal, o que torna essa etapa do exame tão essencial no manejo do paciente com queixas anorretais.

A anuscopia exige um instrumento chamado de anuscópio, o qual é um espéculo que afasta as paredes anais e permite a visualização direta do canal anal. O aparelho deve ser introduzido com o uso de lubrificante, e o auxílio de uma iluminação direta se faz necessário. Essa etapa é importante para o médico perceber as lesões da mucosa de forma mais clara e até retirar fragmentos para análise histopatológica de alterações suspeitas. É parte importante do exame físico, porém nem todos os profissionais têm o treinamento necessário e/ou o aparelho para executar o procedimento.

3. EXAMES COMPLEMENTARES:

Os exames complementares, retossigmoidoscopia e colonoscopia, devem participar da conduta diagnóstica dependendo da presença dos sinais de alerta já citados na tabela 1 e dos achados clínicos no toque retal, como nódulos e verrugas internas, com o intuito de descartar possíveis diagnósticos diferenciais mais sérios e com tratamentos complexos. O câncer colorretal é um desses quadros mais complicados que deve ser descartado na presença de sinais de alerta (tabela 1) por apresentar um início clínico muito semelhante a algumas doenças anorretais. Apesar do sangramento pelo reto ter como causa mais comum a hemorróida, é necessário maior atenção no diagnóstico de pessoas acima de 40 anos ou idosos, pois 6% tem carcinoma e 14% apresentam pólipos segundo Beart et al.

Dessa forma, os exames complementares são essenciais e devem ter participação no manejo da atenção primária quando necessário.

4. PRINCIPAIS DOENÇAS ORIFICIAIS:

4.1. DOENÇA HEMORROIDÁRIA:

A submucosa anal é formada por estruturas descontínuas conhecidas como coxins anais ou mamilos hemorroidários, onde há tecido espessado fibroelástico associado a vasos e fibras musculares. Essas estruturas têm a função de acolchoamento do canal durante a defecação e participam do mecanismo da continência em repouso. Com envelhecimento e fatores agravantes que aumentam a pressão intra-abdominal (gravidez, obesidade, ascite, ficar sentado muito tempo, fazer muita força ao defecar, etc.) há uma deterioração da sustentação dos mamilos, causando um prolapso sintomático da estrutura e uma congestão no plexo arteriovenoso da região.

Os sinais e sintomas mais comuns da doença hemorroidária são sangramento rutilante ("vivo") no ato da defecação, geralmente intermitente e de pouco volume, prolapso, dor ou desconforto anal, mucorréia e dificuldade de higiene local. Vale ressaltar que, quando a queixa principal do paciente for dor intensa, deve-se pensar na possibilidade de complicações da doença hemorroidária, como trombose hemorroidária aguda e associação com fissura anal ou com abcesso perianal.

A apresentação clínica dependerá do tipo de hemorróida que apresentado pelo paciente, uma vez que dividimos a doença hemorroidária em interna, externa e mista, considerando a sua localização em relação à linha pectínea. Dessa forma, consideram-se hemorróidas internas quando localizadas acima da linha pectínea, com envolvimento do plexo hemorroidário superior, estando mais comumente relacionadas com sangramento indolor, protrusão, secreção mucosa e sensação de evacuação incompleta. Enquanto as externas, localizadas abaixo da linha pectínea, com envolvimento do plexo hemorroidário inferior, manifestam-se principalmente com desconforto anal e prurido devido à dificuldade de higienização local. Os quadros agudos de dor e nodulação são mais frequentes no componente externo (trombose hemorroidária aguda) e os portadores de doença hemorroidária mista podem apresentar sintomas comuns as duas formas.

No que se refere a as hemorróidas internas, podemos classificá-las em quatro grupos de acordo com o grau do prolapso. Essa classificação serve para indicar o tipo de tratamento, mas é ineficaz para avaliar a gravidade do caso.

Tabela 3 - Classificação da doença hemorroidária interna

Classificação da doença hemorroidária interna
I grau: sangramento durante a evacuação, sem prolapso dos mamilos.
II grau: prolapso durante o esforço evacuatório, com ou sem sangramento, com retorno espontâneo para o interior do canal anal.
III grau: prolapso espontâneo ou durante o esforço evacuatório, com ou sem sangramento, com redução manual.
IV grau: permanece sempre exteriorizada e irredutível, com ou sem sangramento. Pode evoluir para isquemia, trombose ou gangrena.

Fonte: Adaptada do CAMPOS, FG; REGADAS, S. Tratado de Coloproctologia (2012).

4.2. FISSURA ANAL:

A fissura anal é uma “rachadura” longitudinal do canal anal localizada entre a linha pectínea e a junção muco cutânea da margem anal. Ela é uma doença de alta frequência e de incidência incerta, uma vez que muitos pacientes não procuram auxílio médico, e parte desses casos não notificados acaba tendo resolução espontânea. A maior parte das fissuras se localiza na linha média posterior ou anterior e são de etiologia inespecífica, geralmente decorrente de traumatismo da região anal após evacuação. Caso sejam fissuras múltiplas, de localização fora da linha média, indolores ou pouco dolorosas, elas devem ser investigadas criteriosamente, uma vez que podem se tratar de ulcerações secundárias a outras doenças específicas, como tuberculose, sífilis, carcinomas, doenças sexualmente transmissíveis e doença de Crohn. Este

capítulo irá apresentar um maior direcionamento para os quadros de etiologia inespecífica, pois eles representam mais de 90% das fissuras.

A fissura aguda é caracterizada por dor lancinante na região anal durante às evacuações ou logo após e por sangramento vermelho vivo durante esforço ou evacuação. Ademais, por meio de um delicado afastamento das nádegas durante a inspeção anal, é possível a visualização da lesão na forma de uma ulceração superficial em fenda, cujas bordas são bem delimitadas, planas, sem enduração, sepse ou edema. Durante a palpação é possível perceber um elevado espasmo esfincteriano. Portanto, caso a inspeção tenha sido suficiente para a confirmação diagnóstica, a palpação anal deve ser evitada, bem como as outras etapas do exame físico.

Com a manifestação dos sintomas por um período de mais de 6 semanas, a fissura passa a ser classificada como crônica e a apresentar características específicas, como bordas elevadas e endurecidas, presença de plicoma sentinela e de papila anal hipertrófica. Os principais sintomas observados são dor semelhante à das formas agudas, sangramento, exsudação anal, prurido anal e nodulação anal (decorrente principalmente do plicoma sentinela e da papila anal hipertrófica). Na inspeção anal, é possível detectar a presença do plicoma sentinela e, após tração das nádegas, da fissura com bordas elevadas e fundo esbranquiçado. Pelo toque anal é possível também perceber uma importante hipertonia esfincteriana causada pela exposição do músculo esfíncter interno do ânus, bem como avaliar a presença da papila anal hipertrófica.

4.3. ABSCESSOS E FÍSTULAS ANORRETAIS:

Os abscessos anais são infecções agudas localizadas nos espaços teciduais ao redor do ânus e da porção terminal do reto. O grupo mais propenso a desenvolver esse problema anorretal são homens de 20 a 40 anos, pessoas portadoras de diabetes, doença cardíaca, linfomas, leucemias, câncer anal e retal, bem como doença de Crohn. Os abscessos superficiais são localizados abaixo dos músculos elevadores e apresentam como principais manifestações clínicas dor intensa e persistente, sinais de flogose detectados no exame físico (edema, rubor e sensibilidade) e secreção purulenta. Já os abscessos profundos, que estão abaixo dessas estruturas musculares, são caracterizados por serem menos dolorosos e terem menos achados ao toque retal. Porém, causam frequentemente sintomas como febre, calafrios e mal-estar.

As fístulas anorretais são processos supurativos crônicos, consistindo em trajetos fibrosos que põe em comunicação o canal anal ou o reto com a pele do períneo. Na maioria das vezes, são secundárias a abscessos inespecíficos de origem criptoglandular e menos frequentemente podem ser decorrentes de doenças sistêmicas, como a doença de Crohn. Suas manifestações clínicas são a presença permanente ou intermitente de secreção purulenta na margem anal, desconforto anal e prurido. O diagnóstico é dado pela história clínica de um abscesso previamente drenado e pela inspeção da região perianal, na qual é possível observar um pequeno orifício drenando uma secreção purulenta intermitentemente (orifício externo ou secundário). Ao levantar a hipótese de fístula, são indicados exames complementares e até encaminhamento para especialista com o intuito de avaliar a gravidade do caso e evitar possíveis complicações.

4.4. PRURIDO ANAL:

O prurido anal é um sintoma que se caracteriza por uma sensação cutânea desagradável e socialmente embaraçosa, provocando o desejo de coçar a região. A maioria dos casos é idiopática (primária), e o restante está envolvido com alterações sistêmicas ou proctológicas. Desta forma, em virtude da variedade de agentes etiológicos, o diagnóstico específico não deve ser uma urgente preocupação para o médico de família e comunidade, mas sim a história do problema com detalhes sobre a higienização local e o exame físico. Como as causas secundárias são menos comuns, a maioria dos médicos procura inicialmente uma terapêutica voltada para o tratamento do prurido idiopático. Caso essa estratégia não seja efetiva após 1 ou 2 meses, um processo de exclusão de possíveis causas secundárias deve ser iniciado, por meio novamente de um detalhado exame físico e uma história clínica completa com pontos essenciais: características do prurido, hábitos higiênicos, hábito alimentar, uso de medicamentos, mudança recente de costumes, função intestinal, história sexual, estresse e operações ou outros traumas sofridos na região perianal. Ademais, exames complementares e o encaminhamento podem ser essenciais nessa fase de manejo do paciente de acordo com as possíveis hipóteses diagnósticas.

4.5. DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA:

A doença pilonidal consiste em um ou múltiplos orifícios recobertos por epitélio escamoso na região interglútea, formando uma cavidade subcutânea com tecido de granulação e pelos e de onde podem surgir trajetos que se exteriorizam para a pele, bem

como uma infecção crônica. Essa condição afeta mais o sexo masculino, pessoas na segunda década de vida e que apresentam uma maior quantidade de pelos. O diagnóstico dessa condição pode ser feita a partir de dois momentos. O paciente pode relatar o problema a partir de um abscesso agudo (sínus simples) que são caracterizados por dor, eritema, edema na região da linha média sacrococcígea e possível drenagem espontânea que promove um alívio temporário para os sintomas do paciente. Outra forma de apresentação é a crônica com drenagem purulenta recorrente em que pacientes apresentam história de repetidos procedimentos cirúrgicos, podendo apresentar múltiplos pontos de drenagem e extensas áreas de tecido cicatricial.

5. MANEJO DAS PRINCIPAIS DOENÇAS ORIFICIAIS:

5.1. DOENÇA HEMORROIDÁRIA:

Na atenção primária, a principal forma de conduzir a condição é focando no alívio sintomático do paciente por meio do tratamento conservador, uma vez que ele auxilia na melhora dos sintomas em todos os níveis de gravidade e prolapso da hemorroida. Estilo de vida e modificação dietética são os pilares do tratamento médico conservador da doença hemorroida. O médico deve recomendar maior ingestão de fibras e fluidos para o paciente, bem como menor consumo de alimentos gordurosos. Ademais, praticar exercícios físicos regularmente e evitar esforço evacuatório são fatores importantes. Quando as mudanças dietéticas não forem suficientes, o uso de laxantes na forma de fibras também é um importante artifício para melhorar os sintomas de hemorróidas, principalmente sangramento. Então, a prescrição de medicamentos formadores de bolo fecal, como o psyllium (MetamucilTM), irá favorecer a regulação do hábito intestinal.

Os flebotômicos são também uma classe de medicamentos utilizada para tratar hemorroidas em estágios iniciais, I e II, com sangramento ativo e agudo. Uma recomendação são os flavonoides micronizados, uma dose de 450 mg de diosmina e 50 mg de hesperidina, de 12 em 12 horas, pelo tempo que o sangramento persistir.

As pomadas proctológicas devem ser usadas, dando-se preferência as que contém antiinflamatórios simples, como o policresuleno, associado a anestésicos locais (Proctyl). Formulações tópicas contendo corticóides também pode ser utilizada, de forma criteriosa, sendo necessário o aconselhamento médico sobre os riscos do uso excessivo.

Além disso, é necessário que o médico da família e comunidade esteja sempre atento quanto à necessidade de encaminhamento para o médico especialista. Caso ele detecte uma hemorroida grau IV ou com trombose aguda, no exame físico, com sintomas a menos de 72 horas, a intervenção cirúrgica deve ser indicada com urgência para que haja um alívio sintomático significativo. Entretanto, na realidade brasileira do Sistema Único de saúde (SUS), esse tipo de procedimento pode ser impossível em virtude da superlotação hospitalar. Portanto, nessa circunstância, a melhor conduta é seguir o tratamento conservador e referenciar o paciente para um proctologista, uma vez que a dor estabiliza e melhora lentamente após a janela de 72 horas. Nos casos de trombose aguda, uma boa combinação de AINH sistêmico, flebotônicos na dose de ataque e cuidados locais com pomadas proctológicas e banhos de imersão em água morna são geralmente suficientes para o alívio dos sintomas, reservando-se a cirurgia de urgência para os casos refratários.

O encaminhamento é também necessário em casos de hemorróidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses ou hemorróidas internas com grau III e IV. Os médicos podem também ter a iniciativa de recomendar o tratamento não cirúrgico (por exemplo, ligadura elástica) ou intervenções cirúrgicas (hemorroidectomia) em pessoas que não melhoram com os tratamentos iniciais ou em pessoas com um grau mais significativo de prolapso (graus III a IV) (Abramowitz 2001; Brisinda 2000).

5.2. FISSURA ANAL:

O manejo da fissura anal aguda é baseado, principalmente, nas mudanças dietéticas, pois fezes endurecidas têm associação com o desenvolvimento e a manutenção das fissuras anais. Então, maior ingestão de fibras (25 a 30 gramas de fibras diariamente) e de água são componentes fundamentais do tratamento. Além disso, banhos de assento com água morna, pomadas locais com anestésicos e corticoides, bem como laxantes osmóticos também auxiliam no processo de cicatrização da fissura anal aguda.

Caso o paciente não melhore dentro de um período de 6 semanas ou a fissura se apresente já de forma crônica, as medidas conservadoras contra a forma aguda devem ser mantidas ou implantadas, com a inclusão de uma terapia medicamentosa que irá atuar na redução do tônus esfincteriano anal. Esse manejo farmacológico tem como possibilidades o uso tópico de diltiazem a 2%, nifedipino a 0,5% e gliceriltrinitrato ou dinitrato de isossorbida

a 0,2%, bem como injeções de toxina botulínica. O médico deve ficar atento ao uso dos nitratos, pois eles podem causar cefaleia como efeito adverso na maioria dos casos. A persistência da fissura após o tempo recomendado indica a necessidade da avaliação por um proctologista.

5.3. ABSCESSO E FÍSTULA ANAL:

O tratamento do abcesso anorretal é a drenagem de seu conteúdo, a qual pode ser realizada a nível ambulatorial com anestesia local nos casos superficiais. Após o procedimento, banhos de assento, analgésicos e laxativos aliviam os sintomas. Além disso, antibióticos fazem parte do manejo do paciente, principalmente, em portadores de doença valvular cardíaca, diabéticos, imunocomprometidos ou ainda nos casos de abscessos com celulite extensa ou sinais sistêmicos de infecção grave. Em pacientes saudáveis, com abscesso superficial sem grande dano dos tecidos cutâneo e muscular, não há indicação para o uso de antibióticos. As fístulas devem ser corrigidas cirurgicamente.

5.4. PRURIDO ANAL:

Como elevada porcentagem do prurido é idiopática e outra parte considerável necessita de um longo tempo para chegar a um diagnóstico específico, o tratamento inicial pode ser direcionado para uma melhora da higiene do paciente, medidas de rotina que aliviam o sintoma e modificações na dieta (alguns alimentos podem estar relacionados a irritação do intestino, relaxamento do esfíncter interno, produção de muco e aumento de secreção). Ademais, o paciente deve ser orientado sobre a importância do ciclo vicioso do prurido para a manutenção do sintoma (quanto mais coça, mais tem vontade de coçar, e o ato se torna repetitivo, algumas vezes, inconsciente). Quando a causa primária for identificada, a terapêutica específica deve ser instituída.

Tabela 4 - Orientações para o controle do prurido anal

Orientações para o controle do prurido anal
▪ Não coçar ou esfregar a região anal; ▪ Manter a região perineal limpa e seca: lavar com água, evitando uso de sabão alcalino ou sal (preferir sabonete neutro sem perfume). Secar bem o local com uma toalha macia ou usando um ventilador ou secador no modo de ar frio; ▪ Uso de ducha após evacuação, evitando o uso de papel higiênico; ▪ As roupas íntimas devem ser folgadas, bem ventiladas e, de preferência, de algodão; ▪ Fazer banhos de assento com água filtrada pura e morna por 10-15 minutos por dia, enxugando conforme descrito; ▪ Ter uma dieta rica em fibras (25-30 g diárias) e tomar de 8-10 copos (200 mL) de água por dia;

Orientações para o controle do prurido anal
▪ Evitar comidas que contenham pimenta ou temperos fortes, comidas ácidas, café, cerveja, grãos, laticínios, tomates e bebidas de “cola”; ▪ Não se desapontar se o prurido voltar, pois é muito comum a recorrência. Consultar o médico novamente.

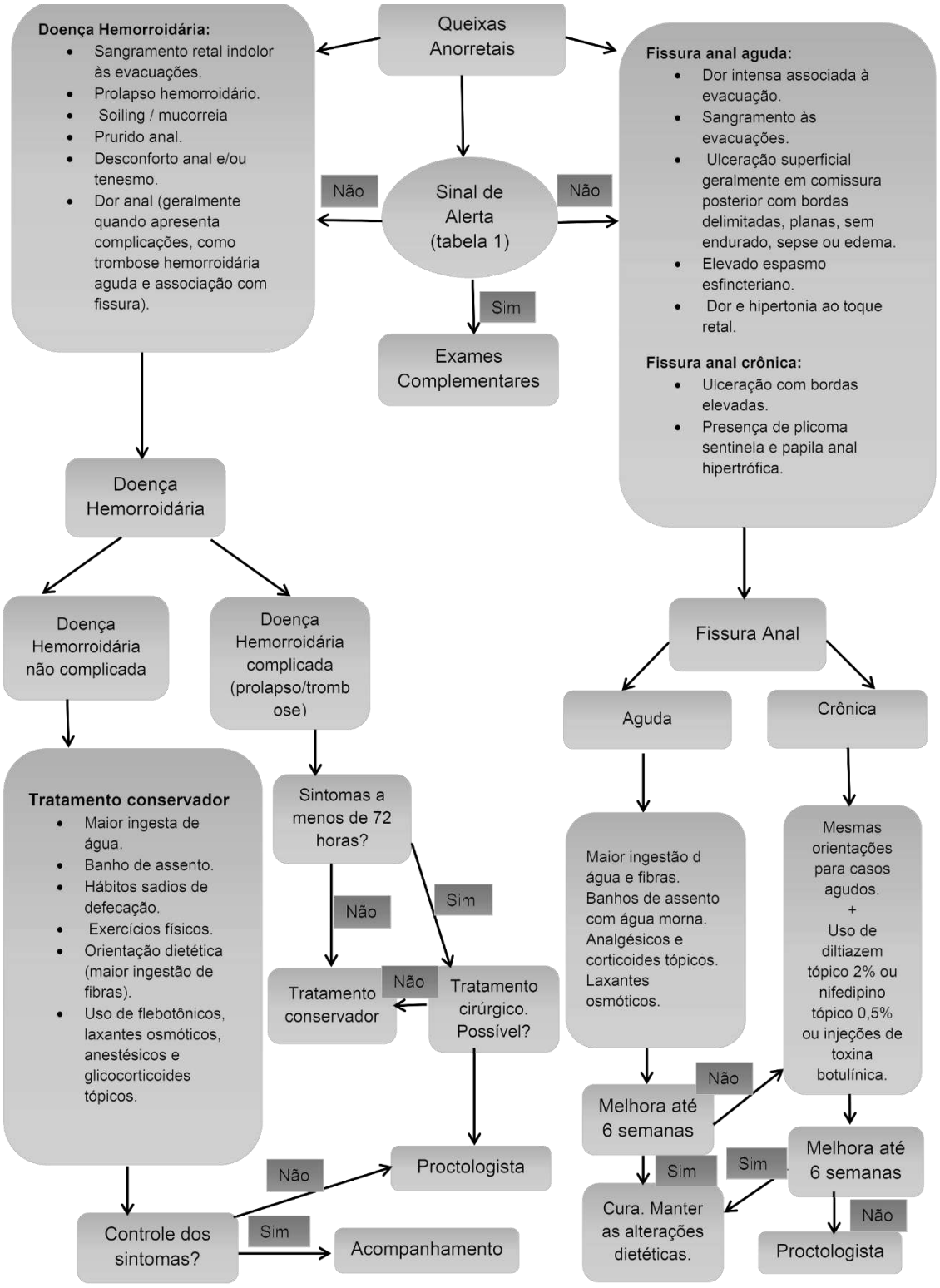
Fonte: Adaptada de Gusso et al. (2019)

Na forma crônica do prurido anal idiopático, é necessário apoio farmacológico, além dos cuidados de higiene e mudanças dietéticas, para aliviar o sintoma quando alterações estruturais do derma já são evidentes. O uso de corticoides tópicos, como a hidrocortisona a 1% ou a fluocinalona associadas ou não à vitamina A e ao extrato de própolis, podem ser eficientes na diminuição do processo inflamatório e do processo de hiperqueratinização perineal se usadas em um tempo determinado. O uso de cremes e loções por tempo prolongado mantém a região úmida, favorecendo a manutenção do prurido. Além disso, podem ser associados tranquilizantes e anti-histamínicos para os pacientes em que o prurido é muito intenso à noite. No Brasil, em regiões com prevalência elevada de parasitoses, a vermifugação com albendazol, 400 mg, em dose única, pode ser uma abordagem inicial em conjunto com as medidas já citadas. Sinais de dermatite por fungos, como áreas de descamação podem orientar o uso de antifúngicos tópicos.

5.5. DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA:

Nos casos assintomáticos ou oligossintomáticos, algumas condutas conservadoras podem ser tomadas, como a raspagem de pelos na região, boa higiene local e acompanhamento clínico por parte de um profissional. Um pequeno e único abscesso pode ser drenado e, com cuidados locais, a doença autolimitada pode ser conduzida sem grande impacto na qualidade de vida do paciente, evitando internação hospitalar e interferência nas atividades profissionais e acadêmicas. Na situação de abscesso agudo, este deve ser submetido à drenagem de urgência, mantendo depilação meticulosa. Ademais, nos pacientes sintomáticos com infecção recorrente, o tratamento cirúrgico se torna a principal alternativa.

FLUXOGRAMA


Queixas Anorretais
Doença Hemorroidária:
Sangramento retal indolor às evacuações.
Prolapso hemorroidário.
Soiling / mucorreia
Prurido anal.
Desconforto anal e/ou tenesmo.
Dor anal (geralmente quando apresenta complicações, como trombose hemorroidária aguda e associação com fissura).
Não
Sinal de Alerta (tabela 1)
Não
Sim
Exames Complementares
Fissura anal aguda:
Dor intensa associada à evacuação.
Sangramento às evacuações.
Ulceração superficial geralmente em comissura posterior com bordas delimitadas, planas, sem endurado, sepse ou edema.
Elevado espasmo esfincteriano.
Dor e hipertonia ao toque retal.
Fissura anal crônica:
Ulceração com bordas elevadas.
Presença de plicoma sentinela e papila anal hipertrófica.
Doença Hemorroidária
Doença Hemorroidária não complicada
Doença Hemorroidária complicada (prolapso/trombose)
Fissura Anal
Aguda
Crônica
Tratamento conservador
Maior ingesta de água.
Banho de assento.
Hábitos sadios de defecação.
Exercícios físicos.
Orientação dietética (maior ingestão de fibras).
Uso de flebotônicos, laxantes osmóticos, anestésicos e glicocorticoides tópicos.
Sintomas a menos de 72 horas?
Não
Sim
Tratamento conservador
Não
Tratamento cirúrgico. Possível?
Maior ingestão d água e fibras. Banhos de assento com água morna. Analgésicos e corticoides tópicos. Laxantes osmóticos.
Mesmas orientações para casos agudos. + Uso de diltiazem tópico 2% ou nifedipino tópico 0,5% ou injeções de toxina botulínica.
Não
Melhora até 6 semanas
Sim
Sim
Melhora até 6 semanas
Não
Cura. Manter as alterações dietéticas.
Proctologista
Não
Proctologista
Controle dos sintomas?
Sim
Acompanhamento

6. CASO CLÍNICO

Francisca, 35 anos, comparece à Unidade de Saúde da Família para fazer sua consulta agendada para acompanhamento de Diabetes Mellitus. Durante a consulta, relata estar bem, sem queixas no momento. Valores da glicemia de jejum e da hemoglobina glicada dentro das respectivas metas. Mantida sua prescrição, sua receita é entregue e ela é orientada a retornar na data marcada. Ao receber sua receita, fica parada, como se aguardando algo; então é perguntada se precisa de algo mais. Com o olhar baixo e envergonhado, diz que há um tempo sofre com dores na região anal e sensação de "caroço" no local e raias de sangue vivo após defecação. Ela relata que "somem" por algum tempo para retornar em outros. A primeira vez que sentiu isso foi na gestação do seu último filho, agora com 20 anos, e tem períodos de crises repetidas. Na última semana, a dor ao evacuar tinha piorado muito, e com medo resolveu tentar falar sobre o assunto.

1. **Qual o possível diagnóstico da Dona Francisca diante desse quadro clínico?**
   a) Hemorroida grau I.
   b) Hemorroida grau II.
   c) Fissura anal.
   d) Fístula anorretal.
   e) Hemorroida grau III.
2. **Qual é a conduta mais adequada diante do diagnóstico e no contexto da Atenção Primária?**
   a) O tratamento deve ser conservador. Mudança do estilo de vida e alterações dietéticas são os pilares da terapêutica, bem como uso de psyllium, flebotômicos e pomadas proctológicas para o alívio dos sintomas do paciente.
   b) Ligadura elástica.
   c) A menor ingestão de água e fibras faz parte da terapêutica da hemorroida.
   d) Encaminhamento para especialista e hemorroidectomia.
   e) Fotocoagulação.
3. **Acerca da necessidade de encaminhamento para o médico especialista de um paciente com hemorroida, marque a alternativa incorreta:**

a) Caso o médico detecte uma hemorroida grau IV ou com trombose aguda com sintomas menos de 72 horas, a intervenção cirúrgica deve ser indicada com urgência para que haja um alívio sintomático significativo.

b) Caso o procedimento cirúrgico não seja possível dentro de 72 horas nos casos de hemorroida grau IV e trombose aguda, a melhor conduta é o tratamento conservador e o encaminhamento para um proctologista.

c) O encaminhamento não é necessário nos casos de hemorroidas internas com grau III e IV.

d) O encaminhamento é necessário em casos de hemorroidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses.

e) Pode ser recomendada intervenção cirúrgica em pessoas que não melhoram com os tratamentos iniciais ou em pessoas com um grau mais significativo de prolapso (graus III a IV).

Gabarito: 1. B; 2. A e 3. C.

REFERÊNCIAS

ALONSO-COELLO, Pablo; GUYATT, Gordon H; HEELS-ANSDELL, Diane; JOHANSON, John F; LOPEZ-YARTO, Maite; MILLS, Ed; ZHUO, Qi. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. Cochrane Database Of Systematic Reviews, [S.L.]: [s.n.], 2005. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd004649.pub2. Acesso em 07.06.2021.

ANSARI, Parswa. Abscesso anorretal. 2018. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-gastrointestinais/doen%C3%A7as-anorretais/abscesso-anorretal. Acesso em: 29.11.2021.

ANSARI, Parswa. Avaliação dos distúrbios anorretais. 2018. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-gastrointestinais/doen%C3%A7as-anorretais/avalia%C3%A7%C3%A3o-dos-dist%C3%BArbios-anorretais? query=doen%C3%A7as%20anorretais. Acesso em: 29.11.2020.

BHARUCHA, Adil E .; WALD, Arnold M. Transtornos anorretais. Arq. Gastroenterol. São Paulo: [s.n], 2012. P. 51-60. v. 49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000500009&lng=en&nrm=iso Acesso em 29.11.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Proctologia [recurso eletrônico] 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: www.saude.gov.br/svs. Acesso em 29.11.2020.

CAMPOS, Fábio Guilherme C. M de; REGADAS, Francisco Sérgio P.; PINHO, Mauro. Tratado de Coloproctologia. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. 1 v.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HARDY, Alexander. The acute management of haemorrhoids. The Annals Of The Royal College Of Surgeons Of England. [S.L.]: [s.n.], 2014. p. 508-511. v. 96, n. 7. Disponível em: <http://dx.doi.org/ 10.1308/003588414x13946184900967> Acesso em 07.06.2021.

LOHSIRIWAT, Varut. Treatment of hemorrhoids: a coloproctologist ⁝s view. World Journal Of Gastroenterology, [S.L.]: [s.n.], 2015. p. 9245. v. 21, n. 31. Disponível em: http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9245. Acesso em 29.11.2020.

MIGALY, John; SUN, Zhifei. Review of Hemorrhoid Disease: presentation and management. Clinics In Colon And Rectal Surgery, [S.L.]: [s.n.], 2016. p. 022-029. v. 29, n. 1. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1568144. Acesso em 29.11.2020.

PERERA, Nirmal; LIOLITSA, Danae; IYPE, Satheesh; CROXFORD, Anna; YASSIN, Muhammed; LANG, Peter; UKAEGBU, Obioha; VAN ISSUM, Christopher. Phlebotonics for haemorrhoids. Cochrane Database Of Systematic Reviews, [S.L.]: [s.n.], 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd004322.pub3. Acesso em 30.11.2020.

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RAY-OFFOR, Emeka; AMADI, Solomon. Hemorrhoidal disease: predilection sites, pattern of presentation, and treatment. Annals Of African Medicine, [S.L.]: [s.n.], 2019. p. 12. v. 18, n. 1. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4103/aam.aam_4_18. Acesso em 30.11.2020.

STEELE, Scott R.; MARTIN, Ronald F. (ed.). Surgical Clinics of North America. New York: Saunders An Imprint Of Elsevier Inc, 2010. V. 90.

CAPÍTULO XXXVI

PARASITOSES INTESTINAIS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-36

Autor(a): Pedro Túlio Monteiro Araújo
Coautores: Alana Ponte Correia
Antonio Luan Mesquita Fonseca
Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
Orientador(a): Melka Samai Silva Jovino

1. INTRODUÇÃO

Parasitoses intestinais são doenças causadas por helmintos ou protozoários, quando estes se localizam no sistema digestivo do homem. A principal via de transmissão é a fecal-oral, assim como o consumo de água e alimentos contaminados.

A prevalência desse grupo de doenças tem forte relação com as condições sociais, sanitárias e de habitação dos indivíduos em um determinado local. É por esse motivo que as parasitoses intestinais são tão frequentes no Brasil, principalmente em áreas de vulnerabilidade social importante.

No combate às parasitoses intestinais, é imprescindível que o médico além do tratamento medicamentoso realize medidas de promoção e educação em saúde e higiene sanitária, principalmente para os indivíduos que moram em áreas endêmicas. Entretanto, para que esse problema reduza significativamente no Brasil, é preciso que todos os cidadãos tenham efetivados seus direitos de habitação digna e de saneamento básico de forma plena.

2. QUADRO CLÍNICO

A sintomatologia de indivíduos com parasitas intestinais é muito variada e, muitas vezes, inespecífica. Os pacientes podem se apresentar de forma assintomática, com sintomas agudos ou crônicos.

Quadros clínicos inespecíficos como diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, dispepsia, anorexia, anemia, emagrecimento e/ou astenia podem estar presentes. Nas

crianças, é importante avaliar se há déficit pôndero-estatural associada às doenças em questão.

Podem também ocorrer sintomas específicos, como, por exemplo: prurido anal, na enterobíase; eliminação de vermes, na ascaridíase; prolapso retal, na tricuríase; hepatoesplenomegalia, na esquistossomose; síndrome disabsortiva, na giardíase e anemia, na ancilostomíase.

Sempre pensar em parasitoses intestinais como diagnóstico diferencial ao atender populações em situações de vulnerabilidade ou pessoas de regiões endêmicas. Lembrar que os indivíduos podem ter infestações poliparasitárias.

3. CONDUTA

A Organização Mundial da Saúde não recomenda o rastreamento individual, já que o custo deste rastreio é de quatro a dez vezes maior do que o tratamento em si. O diagnóstico das parasitoses intestinais é na maioria das vezes clínico, e o tratamento, empírico.

Um plano de tratamento periódico (a cada 4, 6 ou 12 meses, a depender da epidemiologia local) para populações em situação de risco, juntamente com orientações em higiene são fundamentais para a redução do número de casos.

O mesmo não se adequa para indivíduos que não se encontram em situações de vulnerabilidade: não tratar periodicamente e não solicitar exames coproparasitológicos sem indicações.

O tratamento medicamentoso pode ser feito da seguinte forma:

- Albendazol 400mg, 1 comprimido ao dia, durante 3 dias (para maiores de 2 anos) associado a Secnidazol 1g, 2 comprimidos em dose única; ou
- Nitazoxanida 500mg, 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 3 dias (para crianças entre 1 e 2 anos, 0,75/ml/kg por dose, 2 vezes por dia, por 3 dias);
- Tratamento específico, em casos confirmados, para crianças menores que 1 ano.

Essas não são necessariamente as terapias de primeira linha e nem as únicas disponíveis.

Além da terapia farmacológica, é fundamental que o médico oriente sobre cuidados com higiene e promova, em cada encontro, educação em saúde para os usuários. É importante sempre frisar, por exemplo, a importância de:

- Lavar as mãos antes das refeições e do preparo dos alimentos. Lavar sempre, também, após o uso do banheiro;
- Cozinhar bem os alimentos. Os que serão consumidos crus, como frutas e verduras, devem ser higienizados com água potável e devem ser colocados de molho por 30 minutos em hipoclorito de sódio 2,5%;
- Beber apenas água potável fervida ou filtrada;
- Evitar hábitos de pôr as mãos na boca ou de roer unhas;
- Manter domicílio sempre limpo;
- Orientar crianças a não brincarem em locais sujos, com lixo ou água acumulados.

Essa tabela ajuda na orientação da cobertura de parasitas específicos para determinado fármaco antiparasitário

	Amebíase	*Giardíase*	*Enterobíase*	*Teníase*	*Ascaridíase*	*Estrongiloidíase*	*Esquistossomose*	*Blastocistose*	*Criptosporidíase*	*Ancilostomíase*	*Isosporíase*	*Toxocaríase*
Albendazol		X	X	X	X	X				X		X
Secnidazol	X	X										
Tiabendazol			X		X	X				X		X
Metronidazol	X	X						X			X	
Mebendazol		X	X	X	X					X		X
Nitazoxanida	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	
Praziquantel				X			X					
Pirantel			X		X					X		

Fonte: Adaptada de Guia Prático de Atualização; Parasitoses Intestinais: diagnóstico e tratamento, SBP, 2020.

4. CASO CLÍNICO

João, 12 anos, chega acompanhado de sua mãe para consulta em seu CSF. A mãe chega à consulta pedindo “remédio pras lombrigas” para seu filho. Ela mora com seu filho e com seu esposo na área mais pobre de seu território. Ela conta que não tem acesso à água tratada e à rede de esgoto. Conta, ainda, que o caminhão do lixo não passa em sua rua, e que, quando chove, sua casa fica “cheia d’água e sujeira”.

A mãe relata que João tem episódios de constipação e diarreia. Diz que ele frequentemente se queixa de cólicas e que nota sua barriga, em alguns momentos, levemente

inchada. No exame físico, a criança se apresenta com sua bermuda e sua camisa sujas de terra. É notada, também, uma leve distensão abdominal. João mostra-se bastante ativo e com suas mucosas coradas no momento da consulta.

QUESTÕES PROPOSTAS

1. **Em relação ao caso citado, qual a conduta a ser tomada?**
   a) Existe, em João, a suspeita de parasitismo intestinal. O correto a se fazer é iniciar tratamento empírico e solicitar exame coproparasitológico.
   b) A maior suspeita é de síndrome do intestino irritável. Deve-se prescrever o uso de antiespasmódicos.
   c) A conduta, nesse caso, deve ser a orientação para que o menino lave as mãos antes de comer e após usar o banheiro. Como mora em uma região endêmica para parasitas intestinais, João responderá bem apenas seguindo essas recomendações de higiene.
   d) João, por se encontrar em situação de vulnerabilidade, deve realizar uma desparasitação periódica com o uso de antiparasitários. É importante, também, que o médico promova educação em saúde dê recomendações básicas de higiene para a criança e para sua mãe.
   e) O atendimento médico para João trará pouquíssimo benefício, uma vez que seu problema jamais será resolvido enquanto a criança morar em área de risco.
2. **Qual afirmativa traz uma informação verdadeira em relação ao caso relatado?**
   a) Certamente João está com ascaridíase. É necessária terapêutica específica para este parasita.
   b) É importante diferenciar, antes do tratamento, se João está infestado de helmintos ou protozoários.
   c) É possível que João esteja com infestação poliparasitária. O tratamento farmacológico deve ser feito com albendazol e secnidazol.
   d) Mesmo se João estiver dentro dos padrões pôndero-estaturais, pelo fato de ele estar com parasitoses intestinais há muito tempo, espera-se que, mesmo com tratamento periódico, ele saia das curvas normais em algum momento.
   e) Por se tratar de parasitismo intestinal, é importante que a criança comece tratamento para anemia ferropriva.

3. **Imagine que, ao invés de se uma criança em situação de vulnerabilidade como João, chega, em seu consultório, uma criança também de 12 anos, mas que habita na área nobre de uma metrópole. A mãe da criança solicita que você prescreva "remédio de verme só para prevenir". Qual a sua conduta?**

a) Não se pode simplesmente prescrever um antiparasitário, nesse caso. Já que a mãe pediu, deve-se primeiro solicitar que seu filho faça um exame coproparasitológico para avaliar a necessidade ou não de terapia farmacológica.

b) Deve-se prescrever Albendazol para a criança.

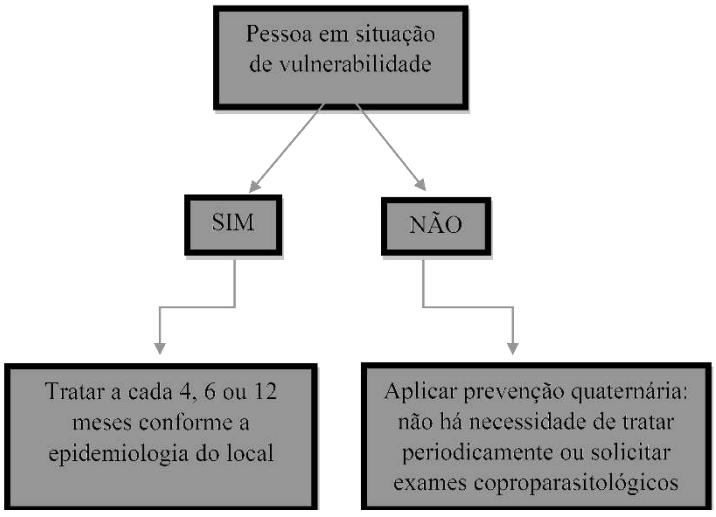
c) É importante ser duro com a mãe para que ela entenda que é errado chegar numa consulta já solicitando a conduta a ser tomada, uma vez que isso atrapalha a relação médico-paciente.

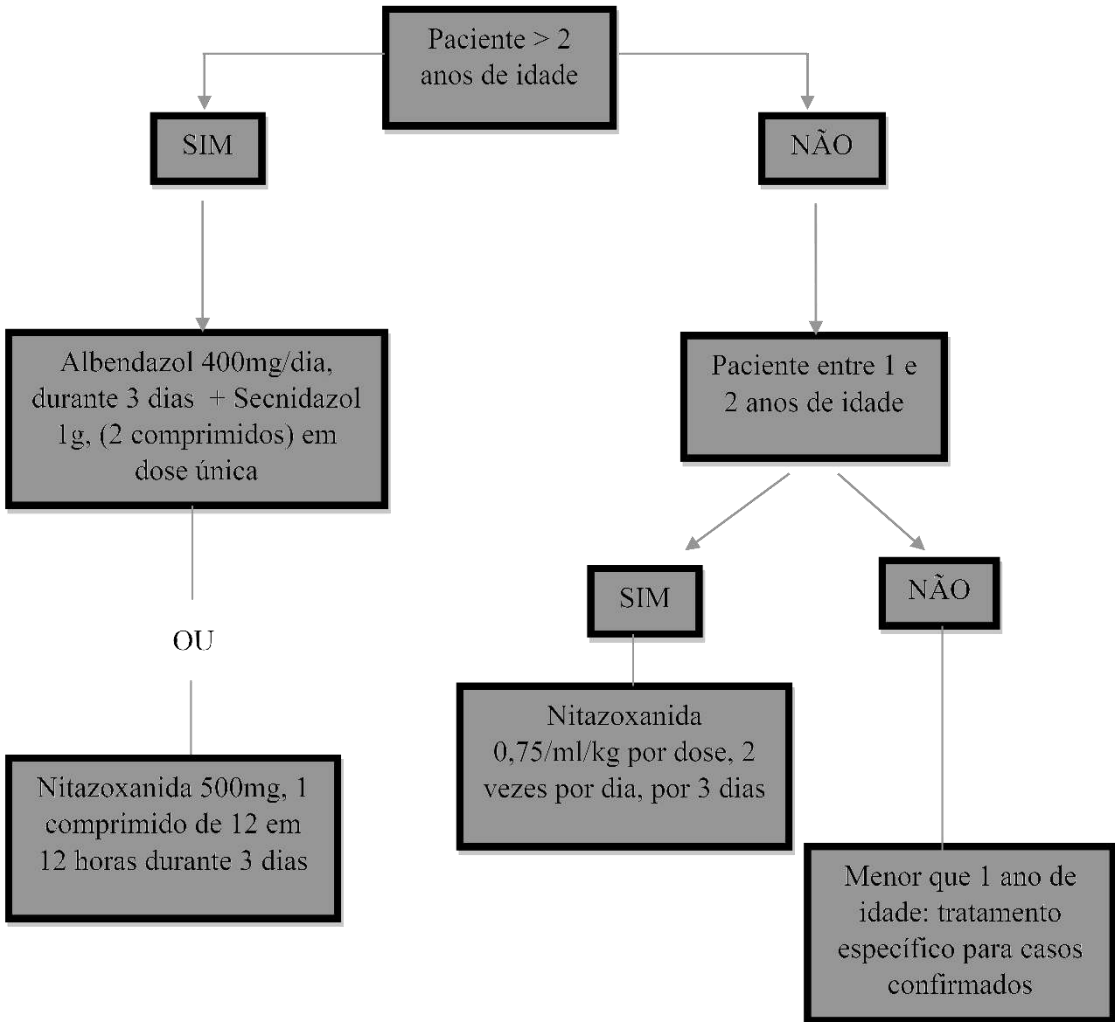
d) Se a criança já tomou antiparasitários antes, caso não tome novamente, estará mais suscetível a adoecer.

e) É importante explicar gentilmente para a mãe que não há necessidade de prescrever medicamentos para seu filho: isso entra no campo da prevenção quaternária, onde se evita intervenções de forma indiscriminada.

R: 1-D; 2-C; 3-E.

FLUXOGRAMA





Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS

DENNIS ALEXANDER RABELO BURNS. Sociedade Brasileira de Pediatria (org.). Tratado de Pediatria. 4. ed. Barueri: Manole Ltda, 2017. P. 1251.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2019.

NEVES, D.P. Parasitologia humana. 11 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento. São Paulo: SBP, 2020. Disponível em: file:///C:/Users/SAMSUNG/Downloads/22207d-GPA_-Parasitoses_intestinais-_diagnostico_e_tratamento.pdf. Acesso em: 09.04.2021.

UNIDADE VII

CAPÍTULO XXXVII

DERMATOFITOSES

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-37

Autor(a): Jamine Yslailla Vasconcelos Rodrigues
Coautores: Antonio Luan Mesquita Fonseca
Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Wendelly Soares Torres
Orientador(a): Antônio Flávio Queiroz de Oliveira

1. INTRODUÇÃO

Dermatofitoses, também conhecidas como tíneas, são infecções causadas por fungos filamentosos pertencentes aos gêneros *Trichophyton, Microsporum* e *Epidermophyton*, sendo conhecidas, ao todo, 42 espécies. Os dermatófitos garantem a sua subsistência por meio da metabolização da queratina da camada córnea da pele, dos pelos e das unhas e podem ser provenientes do solo (geofílicos), dos animais (zoofílicos) e dos homens (antropofílicos).

Em geral, a prevalência é maior nas zonas tropical e subtropical, de clima quente e úmido, com maior acometimento do sexo masculino. Quanto à idade, as infecções no couro cabeludo são mais comuns em crianças, enquanto os acometimentos inguinocrural e dos pés são mais observados em adultos. As onicomicoses, por sua vez, são típicas dos idosos. Ressalta-se, ainda, uma maior susceptibilidade de indivíduos imunocomprometidos a essas infecções.

Embora não atinjam diretamente a epiderme e a derme, os antígenos fúngicos são reconhecidos pelas células de Langhans, estimulando uma resposta imunoinflamatória. As manifestações clínicas dependem do grau de hipersensibilidade celular, reação mediada por linfócitos T. Os dermatófitos antropofílicos, por estarem mais bem adaptados à pele humana, são os responsáveis pela maioria das infecções, mas desencadeiam, em geral, pouca ou nenhuma reação de hipersensibilidade, sendo mais resistentes ao tratamento e apresentando recidivas frequentes. As espécies oriundas dos demais habitats, em contrapartida, provocam quadros inflamatórios mais exuberantes, com tendência de cura espontânea.

O contágio pode ocorrer através do contato direto com outros seres humanos (ex: epidemias em creches e orfanatos), animais (ex: cão, gato, porco, etc) ou solo contaminado,

ou indiretamente, por exposição a fômites contaminados ou banheiros públicos. A transmissão ocorre pelos esporos assexuados liberados de suas hifas que, após aderirem aos queratinócitos, germinam, formando um novo micélio. A progressão da colonização na camada córnea da pele, pelos ou unhas depende tanto de fatores inerentes ao fungo (afinidade seletiva à queratina, virulência e adaptação), quanto de fatores inerentes ao hospedeiro (integridade da epiderme, umidade local, fatores naturais fungistáticos séricos, fatores genéticos e hábitos).

O diagnóstico de dermatofitose pode ser fortemente suspeitado com base nos achados clínicos. Apesar disso, como uma variedade de lesões cutâneas se apresenta com características semelhantes, alguns testes podem ser necessários para confirmação. O exame micológico direto é feito através da raspagem das lesões e demonstração das hifas numa preparação de KOH 10%, sendo considerado um método rápido.

Dentre os subtipos clínicos mais comuns, estão a *Tinea capitis* (infecção do couro cabeludo), *Tinea corporis* (infecção da pele glabra), *Tinea cruris* (infecção perineal ou inguinocrural), *Tinea pedis* (infecção do pé) e *Tinea unguium* (onicomicose), que serão discutidos separadamente. O tratamento farmacológico é proposto de acordo com cada condição. Frequentemente, tais infecções são diagnosticadas incorretamente e tratadas inicialmente com corticoides tópicos, os quais modificam o aspecto da lesão, dificultando a elucidação do quadro (Tínea Incógnita). Além disso, quando associados aos anti-fúngicos indicados, podem resultar em falha terapêutica.

Por fim, medidas preventivas são fundamentais e devem ser incentivadas. Estas incluem os cuidados locais, objetivando reduzir a umidade e o calor, sobretudo em áreas de dobras mais suscetíveis aos fungos. Após o banho, deve-se secar bem essas regiões, podendo-se fazer aplicação de talco. Utilizar roupas íntimas secas, dando preferência aos materiais de algodão e linho, também dificulta a infecção. Ademais, ao frequentar piscinas e vestiários coletivos, recomenda-se usar sandálias e evitar sentar em cadeiras molhadas sem antes forrá-las com toalha.

2. TINEA CAPITIS

Esta forma clínica, caracterizada pelo comprometimento do couro cabeludo, é mais comum na infância (a partir de 6 meses até a puberdade), com tendência a involução

espontânea na adolescência, em virtude da produção de ácidos graxos inibitórios que dificultam a proliferação do fungo. Em geral, o cabelo é invadido pelo fungo e quebrado em sua base, resultando em áreas de tonsura, ou seja, alopécia focal.

A *tinea capitis* (Figura 1) tem como principais agentes etiológicos o *Microsporum canis* e o *Trichophyton tonsurans*, com período de incubação variando de 10 a 14 dias. É transmitida entre seres humanos por contato direto ou através do compartilhamento de instrumentos como escovas e máquinas de cortar cabelo. O quadro clínico é de evolução crônica, com o surgimento de alopécia focal, descamativa, associada ou não a eritema, podendo ser única e grande (infecção microspórica) ou múltiplas e pequenas (infecção tricofítica). Como os cabelos são fraturados próximo à pele, permanecem pequenos cotos nas áreas de tonsura.

Há uma variante, chamada *tinea capitis* favosa que é ocasionada sobretudo pelo *Trichophyton schoenleinii*, um dermatófito antropofílico que surge geralmente sob a forma de microendemias. Caracteriza-se por lesões crostosas pequenas, em forma de cratera, em torno do óstio folicular, com descamação e supuração, também de caráter crônico. Nesses casos, ocorre atrofia com alopécia definitiva ou cicatricial, em decorrência do acometimento do bulbo capilar.

Uma forma aguda que apresenta intensa reação inflamatória é o Kerion Celsi, causado por dermatófitos geofílicos e caracterizado por placa elevada, geralmente única, bem delimitada, dolorosa, com pústulas e microabscessos, se assemelhando a lesões verrucosas.

Dentre os principais diagnósticos diferenciais, estão a psoríase, dermatite seborreica, dermatite atópica e alopécia areata. O exame da luz de Wood pode contribuir para o diagnóstico, demonstrando fluorescência esverdeada, mas o exame micológico direto é necessário para confirmação. O tratamento é feito por meio de terapia sistêmica via oral, sendo a Griseofulvina (10-15mg/kg/dia por 8-12 semanas) e a Terbinafina (62,5-250mg/dia conforme o peso, por 4-8 semanas) as drogas mais utilizadas.

Figura 1. Tinea Capitis Tonsurante. Imagens cedidas pelo autor Antônio Flávio Queiroz de Oliveira.

3. TINEA CORPORIS

Popularmente conhecida como “impingem”, esta dermatofitose acomete a pele glabra, envolvendo tronco, membros e face. É mais comum em crianças e no sexo masculino e pode ser ocasionada pelos três gêneros de dermatófitos, sendo o *Trichophyton rubrum* a sua etiologia mais comum. Na forma clínica clássica (Figura 2), apresenta-se como uma placa eritematosa, anular e descamativa, com bordos ativos elevados. São pruriginosas e de tamanho variável, com crescimento centrífugo, podendo ser únicas ou múltiplas. Eventualmente, vesículas e pústulas podem estar presentes.

Os principais diagnósticos diferenciais são lúpus eritematoso cutâneo subagudo (LECS), granuloma anular e eritema anular centrífugo. Outras desordens, como psoríase e pitiríase rósea, também podem se apresentar de modo semelhante. O diagnóstico é confirmado pelo exame micológico direto, com raspagens obtidas da borda ativa da lesão.

O tratamento com antifúngicos tópicos (creme a 1%) geralmente apresenta boa resposta, principalmente em lesões localizadas, com duração indicada de 2 a 4 semanas. As alternativas incluem os Imidazólicos (ex: Miconazol), os Tiocarbamatos Sulfurados, Terbinafina e Amorolfina. Para pacientes com extenso envolvimento da pele ou falha do tratamento tópico, recomenda-se terapia com antifúngicos sistêmicos, via oral, por até 4 semanas. Dentre as opções, estão Cetoconazol (200mg/dia), Terbinafina (250mg/dia), Itraconazol (100mg/dia) e Fluconazol (150mg/semana).

Figura 2. Tinea Corporis – placas anulares escamosas. Imagem cedida pelo autor Antônio Flávio Queiroz de Oliveira.

4. TINEA CRURIS

Esta dermatofitose, comumente ocasionada pelo *Trichophyton rubrum*, acomete a região perineal ou inguinocrural, propagando-se desde a prega inguinal até a coxa proximal, o períneo, as nádegas, as regiões pubianas e o abdome. É mais prevalente no sexo masculino, em obesos e diabéticos e, frequentemente, resulta da disseminação de uma infecção dermatófita dos pés.

Caracteriza-se por uma lesão eritematoescamosa, intensamente pruriginosa e de disseminação centrífuga. Suas bordas são nitidamente demarcadas e ligeiramente elevadas, podendo ter vesículas minúsculas. A liquenificação é frequente, decorrente do atrito ocasionado pelo paciente, em virtude do caráter pruriginoso. O diagnóstico diferencial com a candidíase pode ser facilitado pelo não acometimento da bolsa escrotal e dos grandes lábios, além da inexistência de lesões satélites. Outros diagnósticos, como psoríase inversa e dermatite seborreica, também devem ser descartados.

O exame micológico direto revelará hifas segmentadas típicas e o tratamento é semelhante ao da *Tinea Corporis*. Sua recorrência é bastante comum, mas pode ser reduzida pelo tratamento de outras dermatofitoses concomitantes. Evitar roupas justas e roupas íntimas que não sejam de algodão também estão entre as recomendações.

5. TINEA PEDIS

A *Tinea* Pedis (Figura 3), popularmente conhecida como “pé de atleta” ou “frieira”, é a dermatofitose mais prevalente. Rara antes da puberdade, é geralmente adquirida por contato direto, como andar descalço em vestiários e regiões próximas a piscinas. Trichophyton rubrum e Trichophyton interdigitale são os principais agentes etiológicos.

Sua forma clínica mais comum acomete as pregas interdigitais e se apresenta com fissuras, descamação, maceração e prurido. Outro padrão, conhecido como “pé de mocassim”, afeta a região plantar, calcanhar, sola e laterais dos pés, apresentando descamação e vesículas. Hiperqueratose costuma ocorrer na forma crônica, quando a região plantar fica inteiramente recoberta por descamação. Em geral, a *Tinea pedis* é uma importante porta de entrada para o *Streptococcus pyogenes*, podendo ser responsável por episódios de erisipela de repetição. Frequentemente, pode estar associada à *Tinea Manuum*, ou tínea das mãos, uma hiperqueratose aparente nas palmas, geralmente unilateral, com descamação fina acentuando seus sulcos.

Os principais diagnósticos diferenciais são eczema atópico, eczema de contato e psoríase plantar. Além do teste com uma preparação de KOH 10%, cultura e coloração de GRAM podem ser solicitadas em lesões malcheirosas, com erosões ou secreção purulenta para se avaliar infecção bacteriana secundária. O tratamento deve ser feito com antifúngicos tópicos por 2 a 3 semanas, com preferência aos imidazólicos. Na presença de infecção bacteriana, pode-se usar compressa de permanganato 1:10.000, podendo-se associar antibiótico sistêmico, como macrolídeos ou tetraciclinas. Cuidados de higiene local também devem ser incentivados para sucesso terapêutico e para evitar recidivas.

Figura 3. Tinea Pedis. Imagem cedida pelo autor Antônio Flávio Queiroz de Oliveira.

6. TINEA UNGUIUM

Corresponde à tinea ungueal, ou lesão da lâmina ungueal por dermatófitos. É uma onicomicose, eminentemente crônica, que ocorre mais frequentemente em adultos e no sexo masculino, sendo o *Trichophyton rubrum* e o *Epidemophyton flocossum* os agentes etiológicos mais comuns. Diabetes, obesidade e idade avançada são alguns dos fatores de risco conhecidos, e o acometimento ungueal é, frequentemente, secundário ao plantar.

Caracteriza-se por lesões destrutivas das unhas, as quais se tornam grossas, opacas, de tonalidade amarelo ou amarelo-esverdeada, frágeis, com sulcos e irregularidades, geralmente com queratose do leito ungueal. As unhas do pés, principalmente as do hálux, são as mais acometidas, mas também pode haver comprometimento das unhas das mãos. O padrão subungueal distal (Figura 4.1) é o mais frequente, com descolamento na extremidade distal, mas também pode se apresentar na forma de onicomicose subungueal proximal (Figura 4.2) e onicomicose branca superficial (todo o leito ungueal se torna branco, seco e pulverulento).

Quando as bordas são afetadas, deve-se suspeitar de infecção por *Candida*, sobretudo em indivíduos com exposição frequente das mãos à umidade, geralmente relacionada à ocupação e aos serviços domésticos. O padrão-ouro dos exames diagnósticos é o micológico direto associado a cultura, mas o quadro clínica já fornece forte suspeição. O tratamento deve ser longo, utilizando-se antifúngicos sistêmicos (exceto nos casos incipientes) associados à terapia tópica. A Amorolfina 5% esmalte tem se mostrado eficaz quando aplicada nas unhas 1

vez por semana até melhora da lesão, podendo ser prescrita em combinação com a Terbinafina (250mg/dia) ou Itraconazol (200mg/dia), por exemplo.

Figura 4. Onicomicose. A) Sibungueal distal. B) Subungueal proximal. Fonte: GOLDSTEIN, Adam; BHATIA, Neal. Onychomycosis: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. In: Post TW, ed. UpToDate. [S.L.]: [s.n.], 2019.

7. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 52 anos, diabético e com IMC de 33 kg/m^2, comparece à unidade de atenção primária com queixa de prurido intenso na região inguinal e proximal das coxas há aproximadamente 1 mês. Relata que o quadro se iniciou com uma pequena mancha vermelha na virilha, que cresceu em direção ao abdome e aos membros inferiores. Ao exame físico, percebe-se, bilateralmente, máculas eritematosas, úmidas e descamativas na região inguinal, acometendo cerca de 20 cm da região proximal dos membros, poupando o saco escrotal. A lesão possui coloração central acastanhada, com bordas bem definidas e mais pigmentadas. (Figura 5). Ausência de dor e calor à palpação.

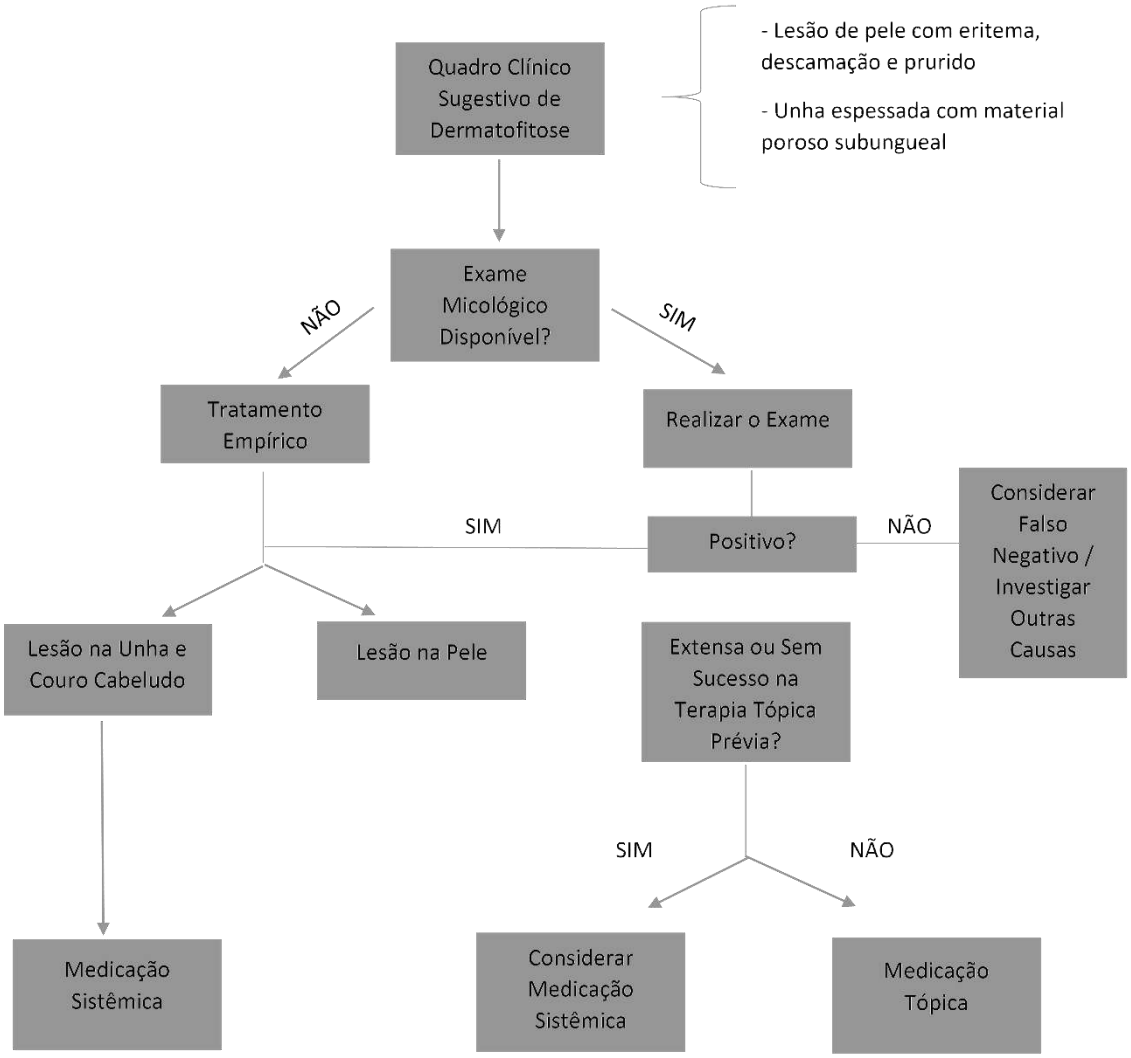
Figura 5. Fotografia da lesão. Imagem cedida pelo autor Antônio Flávio Queiroz de Oliveira.

QUESTÕES PROPOSTAS

1. **Acerca do caso clínico apresentado, assinale a alternativa que contém a hipótese diagnóstica mais provável e o seu tratamento correto.**
   a) Dermatite seborreica; Prednisona VO.
   b) Candidíase; Fluconazol VO.
   c) Tinea Cruris; Tioconazol Creme 1%.
   d) Tinea Corporis; Terbinafina VO.
   e) Psoríase; Betametasona Creme 0,05%.
2. **Sobre os fatores de risco relacionados a essa condição, pode-se citar, exceto:**
   a) Doença imunossupressora de base.
   b) Diabetes Mellitus tipo II.
   c) Sexo Masculino.
   d) Obesidade.
   e) Hipertensão Arterial Sistêmica.
3. **Qual orientação abaixo não deve ser oferecida para evitar recidiva do quadro?**
   a) Evitar roupas que impeçam a ventilação.
   b) Usar talcos absorventes.
   c) Enxugar bem a região após o banho.
   d) Expor a região a lâmpadas de calor.
   e) Usar roupas íntimas limpas e secas.

Gabarito: 1.C, 2.E, 3.D.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

AMORIM, Ana Paula Andreotti; PALUELLO, Renata Alves de Souza. Micoses e onicomicoses. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro; DIAS, Leda. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática I & II. 2 ed. Porto Alegre: [s.n.], 2019. p. 5220-5247.

ASHBEE, Ruth; HAY, Roderick. Fungal Infections. In: GRIFFITHS, Christopher. Rook's Textbook of Dermatology. 9 ed. Oxford: [s.n.], 2016. p.923-1018.

CHUSSIL, Janice. Superficial Fungal Infections. In: BOBONICH, Margaret; NOLEN, Mary. Dermatology for advanced practice clinicians. Nova Iorque: [s.n], 2015. p.181-195.

FAVARETTO, Ana Lenise; PONZIO, Humberto Antonio. Micoses Superficiais. In: DUNCAN, Bruce. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: [s.n.], 2013. p. 1778-1782.

GOLDSTEIN, Adam; BHATIA, Neal. Onychomycosis: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. In: Post TW, ed. UpToDate. [S.L.]: [s.n.], 2019.

GOLDSTEIN, Adam; GOLDSTEIN, Beth. Dermatophyte (tinea) infections. In: Post TW, ed. UpToDate. [S.L.]: [s.n.], 2020.

HAVLICKOVA, Blanka; CZAIKA Victor; FRIEDRICH, Markus. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. Mycoses. [S.L.]: [s.n.], 2008. p. 2-15 v. 51, n. 4.

SCHECHTMAN, Regina Casz; AZULAY, David Rubem; AZULAY, Rubem David. Micoses Superficiais. In: AZULAY, Rubem David; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6 ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2013. p. 1180-1219.

TREAT, James. Tinea capitis. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham: UpToDate;

CAPÍTULO XXXVIII

ESCABIOSE NA ATENÇÃO BÁSICA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-38

Autor(a): Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Coautores: Alana Ponte Correia
Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
Letícia Freitas de Mesquita
Orientador(a): Antônio Flávio Queiroz de Oliveira

1. INTRODUÇÃO:

A escabiose é uma doença causada pelo Sarcoptes scabiei var. Hominis, apresentando natureza altamente contagiosa. Seu contágio pode ocorrer de forma direta, através do contato com o leito do paciente acometido, ou de forma indireta, por meio de roupas pessoais e roupas de cama utilizadas pelo paciente. Sua principal característica é a dermatose pruriginosa que ocorre principalmente à noite.

Apesar de ter sido considerada desaparecida por volta dos anos 40, a escabiose apresenta surtos a cada 15 a 30 anos e depende de alguns fatores como: imunidade do paciente, hábitos de higiene, aglomerações de pessoas na mesma residência e condições gerais de vida.

Bastante endêmica em países subdesenvolvidos, a escabiose tem uma prevalência mundial estimada em 300 milhões de casos. Pode ocorrer em todas as idades, raça, cor ou em todos os níveis econômicos, sendo mais comum em criança e adultos. O parasita responsável por causar a escabiose é exclusivo da pele humana, não podendo sobreviver por muito tempo fora dela.

2. QUADRO CLÍNICO:

O paciente com escabiose manifesta erupções cutâneas intensas com quadro clínico, geralmente, característico. A afecção é causada por menos de 50 ácaros, podendo a transmissão acontecer de forma direta- com o contato cutâneo de longa duração e contato

sexual- ou de forma indireta, onde a contaminação ocorre pelas roupas usadas recentemente pelo paciente, toalhas e outros objetos.

Sobre esse quadro, o prurido é o sinal mais prevalente no indivíduo com escabiose, ocorrendo de duas formas: o prurido alérgico, que acontece através da resposta imunológica dos eosinófilos, e o prurido mecânico, que está relacionado com os movimentos feitos pelo parasita.

Além disso, a escabiose apresenta uma lesão típica, conhecida como túnel escabiótico, caracterizada como um túnel de 5 a 15 mm, de cor cinza ou semelhante a pele, com extremidades vesiculares e do tamanho de uma cabeça de alfinete. Os túneis podem aumentar durante a evolução da doença e estão localizados, preferencialmente, no couro cabeludo, dedos, punhos, mamilos, axila, genitália, nádegas e hipogástrico.

Ademais, algumas lesões ponfosas urticariformes também podem aparecer em áreas onde não há túneis, por exemplo, região abdominal e escapular. Nesse contexto, deve-se observar algumas lesões de escoriação com impetiginização secundária, as quais podem precipitar um quadro de glomerulonefrite. Alguns nódulos eritematosos típicos e pruriginosos podem aparecer na região do pênis e do saco escrotal, permanecendo, por vezes, mesmo após o tratamento.

Importante ressaltar que existe uma forma de infecção denominada sarna crostosa, também conhecida como escabiose norueguesa, e que esta - apesar de ser causada pelo mesmo parasita da escabiose - apresenta-se de forma menos frequente, mais grave e altamente contagiosa. Nesse tipo de escabiose, a quantidade de parasitas presente pode chegar a milhares, os quais desencadeiam a formação de crostas estratificadas nas proeminências ósseas, unhas, face, cabeça, palmas das mãos e plantas dos pés. Essa forma de escabiose é mais comum em locais com pouca higiene, assim como em pacientes neuropatas e imunocomprometidos.

Imagem 1 e 2: Túneis da Escabiose (imagens cedidas pelo Dr. Antônio Flávio Queiroz de Oliveira)

3. MANEJO OU CONDUTA:

O diagnóstico da escabiose pode ser tanto clínico quanto laboratorial. O prurido noturno e a presença dos tuneis são achados importantes e decisivos. O ácaro pode ser visualizado na eminência acarina através da curetagem do túnel e com auxílio de lâmina e lamínula de pequeno aumento no microscópio.

Com a utilização do dermatoscópio é possível visualizar a porção pigmentada anterior do ácaro e o túnel escabiótico preenchido com ovos e fezes do parasita, o que facilita o diagnóstico. Em paciente onde há presença de lesões nas nádegas, o método da fita gomada e a raspagem da lesão são métodos indicados.

Na atenção primária, a utilização desses métodos torna-se corriqueira, assim, cabe ao médico estar apto para fazer o diagnóstico clínico e realizar o tratamento empírico em todos os pacientes suspeitos.

O tratamento correto da escabiose depende de alguns fatores, como:

i. Realizar um diagnóstico preciso,
ii. Orientar o paciente detalhadamente sobre a forma de tratamento,
iii. Fazer um levantamento dos familiares/parentes que habitam a mesma casa do paciente e iniciar o tratamento de todos, mesmo sem presença de sintomas.
iv. Informar sobre a necessidade de lavar corretamente as roupas pessoais, de cama e toalhas até o segundo dia de tratamento, sem a necessidade de ferve-las.

Existem algumas opções de tratamento – sistêmico ou local. O tratamento sistêmico pode ser feito com Ivermectina em dose única, via oral, repetida após uma semana. A dose

varia de acordo com o peso do paciente: ½ comprimido para 15 a 24 kg; 1 comprimido para 25-35 kg; 1 e ½ comprimido para 36-50kg; 2 comprimidos para 51-65kg; 2 e 1/2 comprimidos para 65-79kg; 3 comprimidos ou 200 mg/kg para 80 kg ou mais.

Já o tratamento local pode ser realizado com diferentes fármacos, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1 – Tratamento local da escabiose

Fármaco	Posologia
Permetrima 5%	Forma: loção Modo de uso: É recomendada aplicação única à noite, e uma segunda após 5 a 7 dias. Não deve ser usada em crianças menores de 2 meses. Pode ser usada em gestantes e durante o aleitamento (categoria B).
Enxofre precipitado (5 a 10%) em vaselina líquida ou pasta d'água	Modo de uso: aplicar por 4 noites consecutivas e retirado durante o dia. Mais adequado para crianças com menos de 2 meses, gestantes e durante a lactação.

Fonte – Adaptado de Update on parasitic dermatose

Alguns novos medicamentos estão sendo estudados e mostraram eficácia como: A loção de Tinospora cordifolia e o Moxidectina.

Outras medicações podem ser usadas como coadjuvantes no tratamento da escabiose, por exemplo, os anti-histamínicos e os corticoides. No caso dos anti-histamínicos, como a dexclorfeniramina e prometazina, estes podem ser utilizados para alívio do prurido.

Já no caso dos corticoides, também utilizados em pacientes com prurido excessivo, recomenda- se aplicação no local de 2 a 3 vezes ao dia. Quando em vista de nódulos persistentes no pênis ou bolsa escrotal, é indicada a realização de massagem com corticoide de alta potência, de 3 a 4 vezes por dia, até o desaparecimento total das nodulações. Caso não haja melhora, recomenda-se aplicação de 0,1 ml de triancicolona 10 mg/ml no interior da lesão.

Também é válido ressaltar que, devido ao prurido, infecções secundárias nas lesões podem vir a ocorrer. Nesses casos, o uso de antibioticoterapia local ou sistêmica está recomendado, por exemplo, Mupirocina (uso tópico, três vezes ao dia por 5 dias) ou Cefalexina (250-500mg, via oral, 6/6 horas por 7 dias).

Vamos praticar?

4. CASO CLÍNICO:

Recém-nascido, D.R.M.E, sexo masculino, é trazido à Unidade Básica de Saúde (UBS), aos 25 dias de vida, pela mãe, que relata prurido, pápulocrostas, lesões nas palmas e plantas e vermelhidão nas costas do paciente. Ao exame físico, observa-se eritema máculo-papular na região parieto-occipital, tórax anterior e posterior, pescoço e face. Mãe relata que já havia vindo à UBS dez dias atrás, quando foi orientada acerca da lavagem de roupa de cama com sabão neutro, remoção de possíveis alérgenos, como xampu e talco, e observação do rash cutâneo. Devido a piora das manchas vermelhas, resolveu buscar auxílio médico novamente. Quando interrogada, relata ter cachorro em casa e afirma que, mesmo antes do nascimento do filho, ela já tinha lesões semelhantes em seu próprio tórax e mama.

QUESTÕES PROPOSTAS

01. No caso do tratamento do recém-nascido, qual das opções abaixo seria mais recomendada?

a) Ivermectina oral
b) Permetrina 5%
c) Enxofre precipitado 5%
d) Prometazina
e) Dexclorfeniramina

02. Supondo que a mãe do paciente prefira medicação oral, e que seu peso seja 60kg, qual a dose de Ivermectina adequada para ela?

a) Um comprimido, repetir após 1 semana
b) Um comprimido, repetir após 2 semanas
c) Um e meio comprimidos, repetir após 1 semana
d) Um e meio comprimidos, repetir após 2 semanas
e) Dois comprimidos, repetir após 1 semana.

03. O que o médico deve fazer em relação as pessoas que moram com o paciente?

a) É necessário realizar o tratamento de todas as pessoas da casa, mesmo sem a presença de sinais e sintomas.
b) O tratamento só é indicado para o paciente com a escabiose já diagnosticada.

c) É recomendado realizar o tratamento de todos os habitantes da casa do paciente, mas apenas em casos que apresentem sinais e sintomas.

d) O médico deve orientar que todos os habitantes fervam suas roupas antes de usa-las.

e) Não é necessário fazer um levantamento das pessoas que moram com o paciente.

Ficou com dúvidas? Dá uma olhada nas respostas abaixo!

01. No caso do tratamento do recém-nascido, qual das opções abaixo seria mais recomendada?

c) Enxofre precipitado 5%.

O Enxofre precipitado (5 a 10%) em vaselina líquida ou pasta d'água é o mais adequado para utilizar em crianças com menos de 2 meses.

02. Supondo que a mãe do paciente prefira medicação oral, e que seu peso seja 60kg, qual a dose de Ivermectina adequada para ela?

e) Dois comprimidos, repetir após 1 semana.

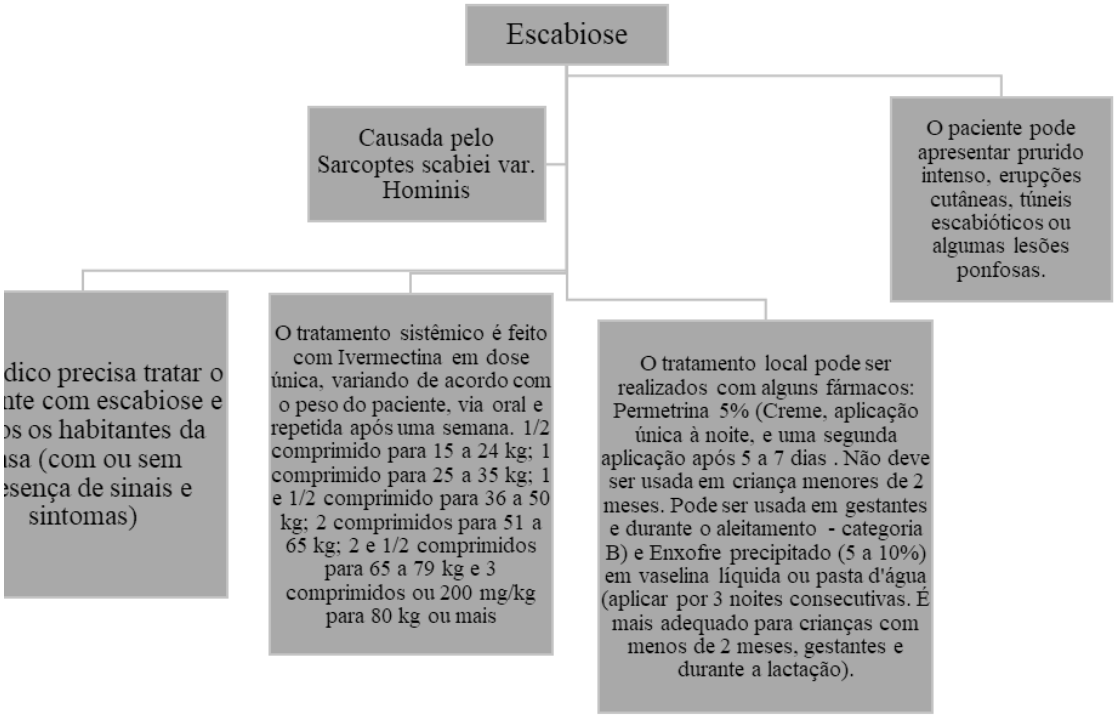
Para pacientes que apresentam peso de 51-65kg, é indicado o uso 2 comprimidos de Ivermectina, sendo repetido após 1 semana.

03. O que o médico deve fazer em relação as pessoas que moram com o paciente?

a) É necessário realizar o tratamento de todas as pessoas da casa, mesmo sem a presença de sinais e sintomas.

O médico deve observar todos os habitantes da casa do paciente e realizar o tratamento em todos os indivíduos, mesmo que não apresentem sinais ou sintomas de escabiose.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS:

AZULAY, Rubem David e AZULAY, David Rubem. Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Cardoso AEC, Cardoso AEO, TalhariC, Santos M. Update on parasitic dermatoses. An Bras Dermatol.2020;95:1---14.

GUSSO, Gustavo; CERATTI, José Mauro; Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. P. 2388.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. Cadernos de Atenção Básica número 9. Brasília, 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf > Acesso em 05 dez 2020.

TAVARES, Mónica; SELORES, Manuela. Escabiose: recomendações práticas para diagnóstico e tratamento. Nascer e Crescer, Porto, v. 22, n. 2, p. 80-86, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 dez. 2020.

CAPÍTULO XXXIX

ERISIPELA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-39

Autor(a): Manoel Vieira do Nascimento Junior
Coautores: Davisson Lopes da Costa
Júlia Oliveira de Assis
Rafael Lucas Simões dos Santos
Orientador(a): Antônio Flávio Queiroz de Oliveira

1. INTRODUÇÃO:

A erisipela é uma infecção bacteriana da derme mais superficial e com importante comprometimento linfático, tendo como agente principal o estreptococo β-hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). O sexo feminino é o mais atingido e é mais frequentemente observada em idosos acima de 60 anos de idade, sobretudo naqueles que apresentam alguns fatores predisponentes, como insuficiência venosa e linfática crônica, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo e alcoolismo. Afeta com mais frequência os membros inferiores, também podendo envolver a região facial em menor frequência. A penetração da bactéria ocorre por soluções de continuidade que pode ocorrer nas micoses interdigitais e lesões traumáticas ou cirúrgicas.

2. QUADRO CLÍNICO:

Classicamente, o quadro clínico é caracterizado por um início súbito, com febre (38,5-40ºC) e calafrios seguido, em cerca de 12-24 horas, pelo aparecimento de placa eritematosa (vermelha viva), edematosa, quente e dolorosa, de limites bem definidos e geralmente localizada a um mebro inferior. Com a progressão da doença, o paciente pode apresentar confusão mental e leucocitose polimorfonuclear de 20.000 células/mm^3 ou mais.

A infecção pode se disseminar através dos vasos linfáticos causando linfangite e linfadenite supurativa, e através da corrente sanguínea, produzindo bacteremia. As áreas mais acometidas são os membros inferiores e a face. Nos casos de erisipela facial, o edema é marcante e os olhos estão frequentemente inchados.

No exame físico é possível notar a presença de placa eritematosa, habitualmente única, edemaciada, infiltrada e dolorosa, com bordas que crescem centrifugamente, bem delimitadas e elevadas que avançam rapidamente sobre a pele circunvizinha. Em alguns casos, ocorrem vesículas ou bolhas, geralmente flácidas, de conteúdo translúcido e por vezes contendo líquido seropurulento. A apresentação bolhosa confere gravidade ao processo, podendo evoluir com necrose e ulceração posterior. A erisipela com localização facial também confere gravidade ao processo. Outra característica relevante é sua capacidade de recorrência na mesma região e, após cada uma delas, permanece certo grau de edema duro (linfedema).

Os diagnósticos diferenciais de um quadro de erisipela são vários e inclui patologias infecciosas e não infecciosas. Do ponto de vista prático se deve essencialmente considerar durante a avaliação inicial destes doentes: a fasceíte necrosante e a trombose venosa profunda, pelas as suas importantes implicações terapêuticas; a dermite de contacto, dada a sua elevada incidência na população geral. Entetanto, em cada um deles, febre, dor e sensibilidade estão ausentes e a coceira é intensa.

O principal diagnóstico diferencial é com a Celulite, infecção cutânea que compromete uma parte maior dos tecidos moles, estendendo-se profundamente através da derme e tecido subcutâneo, sendo quadro doloroso e com bordas mal delimitadas. Sua demarcação com pele sã é quase indistinguível. Algumas complicações como septicemia, celulite profunda, fasceíte necrosante e formação de abscesso podem ocorrer, especialmente em pacientes obesos e aqueles com abuso crônico de álcool.

Figura 1. Erisipela

Fonte: cedido pelo arquivo pessoal de Antônio Flávio Queiroz de Oliveira

Figura 2. Erisipela bolhosa

(AZULAY, 2017)

3. DIAGNÓSTICO:

Quadro 1 – Erisipela: Diagnósticos Diferenciais

PATOLOGIAS INFECCIOSAS	PATOLOGIAS NÃO INFECCIOSAS
Fasceíte necrosante	Trombose venosa profunda
Osteomielite	Síndrome de compartimento
Bursite	Intolerância próteses ortopédicas
Miosite	Celulite de Wells
Herpes Zoster (Zona)	Síndrome de Sweet
	Febre mediterrânica familiar
	Carcinomas inflamatórios
	Dermite de contato

Fonte: CAETANO; AMORIN (2005)

4. CONDUTA:

O diagnóstico é essencialmente clínico. Os parâmetros clínicos e analíticos considerados encontram-se resumidos no Quadro 2. A realização de cultura para identificação do agente infeccioso se mostra importante quando os pacientes apresentam toxicidade sistêmica. Radiografias são úteis para o diagnóstico de exclusão na suspeita de abscessos e osteomielite. A ultrassonografia com Doppler é útil apenas para pacientes com fator de risco para trombose venosa profunda (TVP).

Na prática, na ausência de sinais clínicos de gravidade, em indivíduo imunocompetente e sem patologias coexistentes clinicamente significativas, o tratamento pode ser instituído em regime de ambulatório por via oral ou por via intramuscular. A duração do tratamento deve ser de 10 a 14 dias. O tratamento é composto por orientações e medicação sistêmica. A terapia medicamentosa consiste, no essencial, na instituição de antibioterapia empírica tendo em conta a epidemiologia desta infecção e, se necessário, sintomáticos (analgésicos). A escolha do antibiótico vai depender da gravidade da doença (tabela). Adicionalmente, devem ser

instituídas medidas de caráter geral, dentre as medidas gerais, orienta-se repouso, uso de meias compressivas e elevação do membro acometido. Constitui um importante passo na delineação da abordagem terapêutica a avaliação da necessidade de hospitalização (Quadro 3).

Quadro 2 – Erisipela: Critérios de Diagnósticos

Início súbito
Febre ≥ 38º C, calafrios, mal-estar
Placa eritematosa, edematosa, dolorosa e de limites bem definidos
Ausência de necrose
Adenopatia e/ou linfangite
Estado geral conservado
Leucocitose com neutrofilia
Hemoculturas positivas

(Fonte: CAETANO; AMORIN, 2005)

Tabela 1- Antibioticoterapia na Erisipela

Casos leves a moderados	1ª escolha: Penicilina G procaína na dose de 400 a 600.000 UI, IM, de 12 em 12 h, por 10 dias.
	Outras opções: ▪ Cefalexina, 500 mg, VO, 4x ao dia, por 10 dias; ▪ Amoxicilina 500 mg, VO, 3x ao dia, por 10 dias;
Casos graves	1ª escolha: Penicilina G cristalina na dose de 1 a 2. 000. 000 UI de 4 em 4 horas IV.
	Outras opções: ▪ Ceftriaxone 1g IV a cada 24 horas; ▪ Cefazolina 1-2g IV a cada 8 horas.
Casos recorrentes	Penicilina G benzatina,1.200.000 UI, IM, de 3/3 semanas, por 1 ano.

(Fonte: Autores)

Quadro 3 – Erisipela: critérios de internamento

Idade superior a 60 anos; Localização na face; Sinais de gravidade local, como bolhas e necrose, ou gravidade geral, como confusão e hipotensão; Fatores de comorbidades, como imunossupressão, insuficiência cardíaca ou renal; Terapêutica em ambulatório ineficaz

(Fonte: CAETANO; AMORIN, 2005)

5. CASO CLÍNICO

Paciente de 65 anos, sexo feminino, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde por estar com febre diária há cerca de três dias, associada a dor no membro inferior esquerdo onde surgiu uma grande área hiperemiada que se tornou bolhosa. Relata antecedente pessoal de Diabetes Mellitus em uso de metformina 850mg 3x/dia e Hipertensão Arterial Sistêmica em uso de enalapril 5mg 2x/dia. Tabagista 20 anos-maço. Ao exame físico encontra-se em

Glasgow 15. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Propedêutica abdominal normal. Membro inferior direito sem achados, membro inferior esquerdo apresentando uma área de hiperemia bem delimitada, com uma área de formação bolhosa de conteúdo sero-hemático bem definida dentro dos limites da lesão. Apresentava os seguintes sinais vitais: FC de 84bpm, FR 18 irpm, PA 136x78mmHg, saturação de oxigênio em 96% em ar ambiente, temperatura de 36,8ºC.

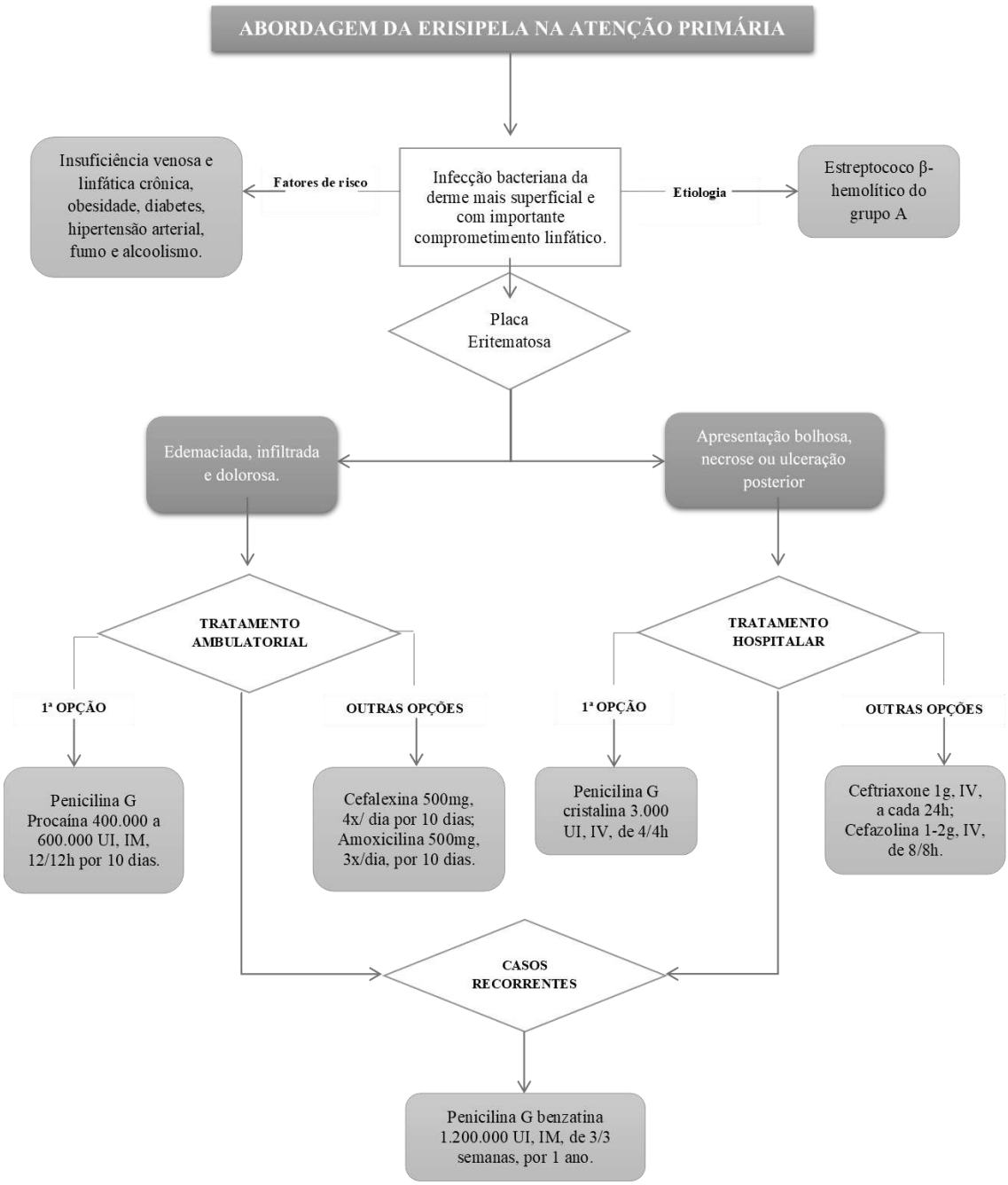
QUESTÕES

Diante desse caso, responda as perguntas a seguir:

1. **Quais os possíveis fatores de risco associados?**
   a) Sexo feminino e idade
   b) Idade, Diabetes Mellitus e Tabagismo
   c) Tabagismo, Diabetes mellitus e Hipertensão arterial
   d) Apenas Diabetes Mellitus
2. **Qual seria a conduta mais indicada para esse caso?**
   a) Prescrever Penicilina G procaína na dose de 400 a 600.000 UI, IM, de 12 em 12 h.
   b) Prescrever Amoxicilina 500mg VO 3x ao dia por 10 dias.
   c) Prescrever tratamento ambulatorial com Ceftriaxone 1g IV a cada 24 horas.
   d) Deve-se avaliar a necessidade de encaminhar a paciente para internação hospitalar.
3. **Caso a paciente apresente recidivas desse quadro clínico, qual seria a melhor abordagem terapêutica?**
   a) Orientar repouso e uso de meias compressivas.
   b) Prescrever Penicilina G procaína na dose de 600.000 UI, IM, de 3/3 semanas, por 1 ano.
   c) Penicilina G benzatina,1.200.000 UI, IM, de 3/3 semanas, por 1 ano.
   d) Tratar a doença de base.

Gabarito: 1. C, 2. D, 3. C.

FLUXOGRAMA



Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS

BERGER, T.; JAMES, B.; ELSTO, D; NEUHAUS, I. M. Bacterial Infections. In: Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology, 12 ed. Philadelphia: Elsevier, 2015. p. 253-254.

BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1. Brasília-DF: 2013.

CAETANO, M; AMORIN, I. Erysipelas. Acta Médica Portuguesa. [S.L.]: [s.n.], 2005. p. 385-93. v. 18, n. 5. Disponível em: https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1040/708. Acesso em 21.03.2021.

EMPINOTTI, Júlio César et al . Pyodermitis. Anais Brasileiros de Dermatolologia. Rio de Janeiro: [s.n.], 2012. p. 277-284. v. 87, n. 2.

HAY, R. J; MORRIS JONES, R. Bacterial Infections. In: BOBONICH, M. A; NOLEN, M. E. Rook's Textbook of Dermatology. 9. ed. New Delhi, India: Wiley-Blackwell, 2016. p. 683-687.

PEREIRA, A. L. C; LEAL, F; AZULAY, R. D; AZULAY, D. R. Infecções Bacterianas da Pele. In: AZULAY, D. R. Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 765-769.

CAPÍTULO XL

URTICÁRIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-40

Autor(a): Mateus Rodrigues de Aguiar
Coautores: Hellen Gomes Fernandes
Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Orientador(a): Raquel Sucupira Andrade Lima

1. INTRODUÇÃO:

Urticária é uma patologia cutânea caracterizada pelo surgimento de erupções eritematosas, de caráter maculopapular, associada a prurido e/ou ardor. Essas lesões desaparecem à digitopressão, são fulgazes, com duração de até 24h, e desaparecem sem deixar pigmentação.

Constitui uma das dermatoses mais frequentes: 20% da população têm pelo menos um episódio agudo da doença em sua vida e 0,1% desenvolverão sintomas crônicos, resultando em percentual que varia de um a 2% dos atendimentos nas especialidades de Dermatologia e Alergologia.

As urticárias podem ser classificadas em agudas ou crônicas dependendo do tempo de persistência dos sintomas e o tratamento pode ser amplo, abrangendo desde anti-histamínicos até imunomoduladores.

A urticária pode afetar de maneira considerável a qualidade de vida do indivíduo acometido, acarretando prejuízos nas atividades laborais, ansiedade e dificuldades para dormir, por isso são necessárias uma boa anamnese aliado a um exame físico adequado para o correto diagnóstico dessa doença tão comum na Atenção Primária.

2. QUADRO CLÍNICO:

A urticária é caracterizada pelo rápido aparecimento de urticas, as quais podem ser acompanhadas em até 40% dos casos ao angioedema. O edema da derme superficial é

denominado urticária, enquanto o edema da derme profunda, do subcutâneo e do trato gastrointestinal é chamado de angioedema.

A urtica é lesão elementar dermatológica constituída por três características típicas: (I) edema central de tamanho variado, circundado por eritema reflexo; (II) prurido associado; (III) natureza efêmera, com a pele retornando ao aspecto normal geralmente em período que varia de uma a 24 horas.

O angioedema é definido por: (I) edema súbito e acentuado da derme profunda e subcutâneo; (II) maior frequência do sintoma de dor em relação ao prurido; (III) acometimento frequente das membranas mucosas, e (IV) resolução do quadro em torno de 72 horas, de forma mais lenta em relação às urticas.

Os sintomas mais comuns são oriundos da ativação específica ou não específica de mastócitos cutâneos com liberação de histamina e de outros mediadores inflamatórios.

Diversas outras doenças, como o angioedema hereditário e as síndromes autoinflamatórias, apresentam as mesmas lesões elementares, porém não devem ser confundidas com a urticária pois apresentam mecanismos fisiopatológicos distintos.

A urticária pode ser classificada de acordo com o tempo de duração em: aguda, quando dura até seis semanas, e crônica quando ultrapassam seis semanas de duração. Além dessa classificação, a urticária crônica pode ser dividida em espontânea (75% dos casos) e induzida (25% dos casos), quando necessita de um desencadeante específico. Dentre as induzidas, temos os seguintes subtipos: dermografismo sintomático, urticária ao frio, urticária de pressão tardia, urticária solar, urticária ao calor, urticária vibratória, urticária colinérgica, urticária de contato e urticária aquagênica.

A dermográfica é a urticária crônica induzida mais comum e é caracterizada por urticas lineares eritematosas e pruriginosas que surgem após fricção. A de pressão tardia, por sua vez, apresenta edema, eritema e prurido, queimação e dor nas áreas expostas a uma pressão local. A urticária ao frio se caracteriza por eritema, urtica e prurido ou angioedema quando há exposição ao ar, a líquidos ou a um objeto frio.

Já a do tipo colinérgica apresenta lesões que surgem com o aumento da temperatura corporal, em situações, como exercício físico, banho quente ou estresse. As lesões são urticas eritematosas puntiformes que medem de 1 a 5 mm e são pruriginosas.

3. CONDUTA:

3.1. DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico de urticária é clínico e baseado na anamnese e no exame físico com o reconhecimento das lesões típicas.

A anamnese deve abordar frequência, início, gatilhos, duração das lesões, padrão de recorrência, duração dos ataques, características das lesões (pruriginosas ou dolorosas) e se há sintomas sistêmicos associados. Além disso, o histórico medicamentoso e familiar, bem como a resposta ao tratamento, é importante e devem ser abordados na consulta.

Tabela 1: Perguntas a serem feitas durante a Anamnese de suspeita de Urticária

Tópicos a serem abordados na Anamnese			
Hora do início e variação diurna	Frequência/duração e fatores provocadores	Forma, tamanho e distribuição das lesões	Ocorrência em relação a fins de semana, feriados e viagens
Sintomas subjetivos associados	História familiar e pessoal em relação à urticária	Qualidade de vida relacionada à urticária e impacto emocional	Alergias anteriores ou atuais
Doenças psicossomáticas e psiquiátricas	Indução por agentes físicos ou exercício	Uso de medicamentos	Correlação observada com alimentos
Relação com o ciclo menstrual	Hábitos tabagistas	Estresse	Terapia anterior e resposta à terapia

Fonte: Adaptado de “Urticaria: A comprehensive review”.

A urticária aguda não requer investigação diagnóstica de rotina, pois geralmente são autolimitadas. Na maioria das vezes está associada a infecções, principalmente virais, mas pode ocorrer sem fator desencadeante específico. Nos casos de suspeita de alergia mediada por IgE, recomenda-se a realização de testes alérgicos cutâneos ou dosagem sérica de IgE. Outras causas comuns são os analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais (AINES) e alguns antibióticos.

Em relação às urticárias crônicas, alguns exames complementares ou testes de provocação podem ser realizados, respectivamente, para diagnóstico e determinação do limiar para o estímulo nas urticárias crônicas induzidas.

Tabela 2 - Testes diagnósticos recomendados para diagnóstico de Urticária Crônica Induzida

Tipo de Urticária	Subtipos	Testes diagnósticos recomendados
Urticária Espontânea	Urticária aguda espontânea Urticária crônica espontânea	Nenhum Hemograma VHS e/ou PCR
Urticária Induzida	Urticária ao frio Urticária de pressão tardia Urticária ao calor Urticária solar Dermografismo sintomático Angioedema vibratório Urticária aquagênica Urticária colinérgica Urticária de contato	Provocação com frio Teste de pressão Provocação com calor UV e luz visível com diferentes comprimentos de onda Desencadear o dermografismo Teste com vibração Teste de provocação Teste de provocação Teste de provocação

VHS: velocidade de hemossedimentação

Fonte: Adaptado de "Guia prático da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para o diagnóstico e tratamento das urticárias baseado em diretrizes internacionais".

No tocante ao padrão urticariforme das lesões, alguns diagnósticos diferenciais devem ser considerados naqueles pacientes com suspeita de urticária crônica: vasculite cutânea, distúrbios mastocitários, síndrome hipereosinofílica, eritema multiforme, lúpus eritematoso sistêmico e doenças autoinflamatórias. Diante dessas suspeitas, exames complementares e biópsia da pele podem ser solicitados.

A presença de angioedema pode sugerir o uso de medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou AINES, e suscitam a investigação para outras causas, como a deficiência do inibidor de C1 esterase. Ademais, o diagnóstico de anafilaxia deve ser afastado, haja vista que a urticária aguda pode ser um dos sintomas de reação anafilática.

Para acompanhar a evolução e a eficácia do tratamento, o Escore de Atividade da Urticária (Urticaria Activity Score - UAS) é a ferramenta padrão-ouro a ser utilizada. Trata-se de um score que avalia o número de lesões e a intensidade do prurido por meio da soma de pontuações atribuídas para a avaliação de cada uma destas variáveis. Essa ferramenta varia de 0 a 6 e representa, respectivamente, doença controlada e doença de grande intensidade. Vale ressaltar que é recomendado que o UAS seja feito por sete dias consecutivos para compensar a imprevisibilidade das lesões e do prurido. Além disso, as anotações devem ser realizadas no mesmo período do dia e deve-se considerar o quadro clínico nas últimas 24h. O resultado correspondente ao somatório dos 7 dias irá avaliar a intensidade da doença entre: sem sintomas (0), bem controlada (1-6), leve (7-15), moderada (16-27) e grave (28-42).

Tabela 3 - Ferramenta Urticaria Activity Score (USA)

Pontuação	Urticas	Prurido
0	Nenhuma	Nenhuma
1	Menos de 20 lesões	Leve (presente, mas não incomoda nem atrapalha)
2	De 20 a 50 lesões	Moderado (incomoda, mas não interfere nas atividades diárias e sono)
3	Mais de 50 lesões	Grave (incomoda e interfere nas atividades diárias e sono)

Fonte: autores (2021).

Embora seja uma ferramenta bastante útil para pacientes com urticária crônica espontânea, o UAS7 possui algumas limitações como: não pode ser utilizado em uma primeira consulta; sua realização depende da adesão do paciente; não contempla a presença de angioedema; e não avalia as urticárias crônicas induzidas.

Devido a estas limitações, o Teste de Controle da Urticária (UCT) foi desenvolvido. Consiste em um teste que avalia o nível de controle da doença baseado na percepção do paciente nas últimas 4 semanas. Serve para acompanhar tanto as urticárias crônicas espontâneas quanto às induzidas, além de poder ser aplicado durante a consulta médica. Possui apenas 4 itens com um corte claramente definido para paciente com doença ¨bem controlada¨ vs ¨mal controlada¨, sendo, portanto, adequada para a gestão desses pacientes na prática clínica de rotina. O valor de corte para a doença bem controlada é de 12 dentre 16 pontos possíveis. Isso ajuda a orientar as decisões de tratamento.

4. TRATAMENTO:

O objetivo do tratamento consiste em atingir alívio completo dos sintomas com a menor quantidade de medicamentos e com os menores efeitos adversos, ou, do ponto de vista prático, UCT ≥ 12 e/ou UAS7 ≤ 6. Ademais, o manejo envolve evitar os fatores desencadeantes dos episódios de urticária.

É importante fazer orientações gerais ao doente como: remover a causa identificada; explicação sobre a doença; reduzir o estresse emocional, o sobreaquecimento do corpo e a ingestão alcoólica; evitar o uso do AAS, AINES, codeína e morfina (analgésicos agravam a urticária crônica em 30% dos doentes); evitar o uso de IECA nos doentes com angioedema; fazer dietas de exclusão (apenas se a anamnese sugerir nexo causal) e excluir, quando possível, aditivos alimentares como conservantes, salicilatos naturais e corantes, entre eles: metabissulfito de sódio, benzoato de sódio, glutamato monossódico, nitrato de sódio, tartrazina, eritrosina, ácido sórbico e hidroxianisol butilado.

O tratamento medicamentoso pode ser composto de diversas linhas que serão abordadas a seguir:

- 1ª linha: Anti-histamínicos H1 de segunda geração:

São medicamentos eficazes e seguros. Devem ser administrados diariamente e, por isso, são bastante recomendados para o tratamento de urticária crônica, pois a doença pode demorar a entrar em remissão.

Os mais utilizados são: bilastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina e rupatadina. Não há supremacia de efetividade entre os exemplos do mesmo grupo, mas pode haver respostas diferentes quanto aos efeitos adversos entre os pacientes.

- 2ª linha: Anti-histamínicos H1 de segunda geração em doses altas:

O tempo para se avaliar a resposta ao anti-histamínico na dose-padrão é de 2 a 4 semanas. A maioria dos pacientes com urticária crônica que não respondem bem às doses habituais de anti-histamínicos irá se beneficiar com doses altas dos mesmos. Pode-se dobrar e, posteriormente, quadruplicar a dose da medicação nesses casos.

Os exemplos de anti-histamínicos que apresentam segurança para utilização em doses quadruplicadas são: bilastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina e rupatadina.

O uso de doses altas em comparação ao uso de diferentes anti-histamínicos combinados é superior em relação à resposta do tratamento, além de apresentar menos reações adversas. Logo, é recomendado não combinar anti-histamínicos diferentes simutaneamente.

- 3ª linha: Omalizumabe

O Omalizumabe é um anticorpo monoclonal que pode agir por meio de dois mecanismos: ligação à IgE livre circulante ou causando baixa regulação dos receptores de alta afinidade à IgE dos basófilos.

A dosagem preconizada é de 300 mg a cada 4 semanas, que deve ser adicionada ao tratamento de pacientes que não respondem a altas doses de anti-histamínicos de segunda geração.

Apesar de ser uma medicação segura e com poucos efeitos colaterais (cefaleia, artralgia e reação local no local da injeção), os efeitos do tratamento podem demorar até 6 meses para surgir em alguns pacientes.

- 4ª linha: Ciclosporina A

A Ciclosporina A é um imunossupressor que inibe linfócitos T e pode ser usada no tratamento da urticária crônica espontânea de pacientes que não responderam a altas doses de anti-histamínicos H1 de segunda geração.

A dosagem recomendada é de 3 a 5 mg/kg/dia, sendo mais seguro o uso de doses mais baixas com aumento progressivo quando a resposta for insatisfatória.

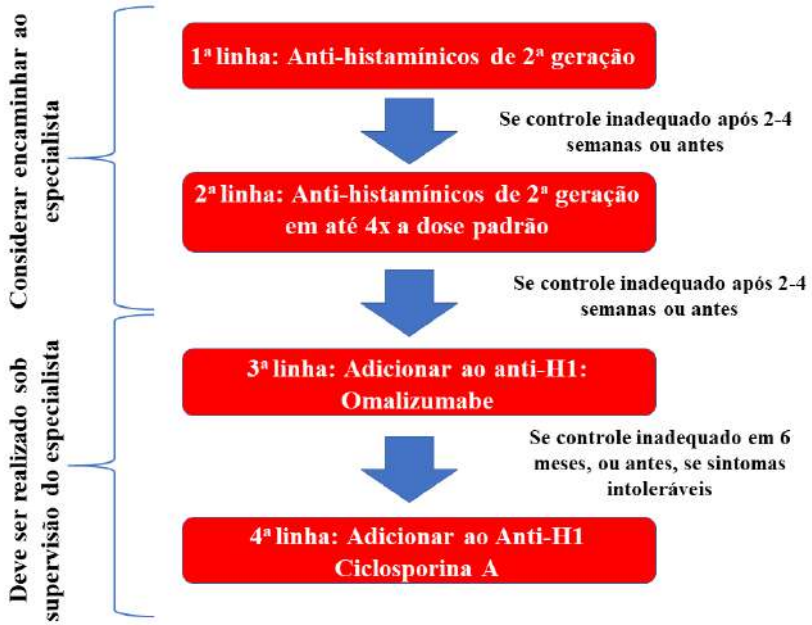
Além disso, para que sejam elegíveis ao tratamento, os pacientes devem ser monitorados clínica e laboratorialmente a fim de orientar quanto às contraindicações e possíveis efeitos colaterais do tratamento. As reações adversas abrangem hiperplasia gengival, hipertensão arterial, alterações renais e hepáticas, tremores, hirsutismo e maior risco de infecções.

Aqueles considerados aptos ao tratamento devem realizar mensalmente, e a cada ajuste de dose, avaliações da pressão arterial em duas ocasiões diferentes e exames laboratoriais de dosagem sérica de ureia, creatinina, hemograma completo, magnésio, lipídios, potássio, ácido úrico e de função hepática.

Por fim, o uso prolongado de corticoides sistêmicos não é recomendado devido ao risco dos efeitos colaterais muitas vezes superarem os benefícios. Em algumas situações, como nas urticárias agudas graves e nas exacerbações das urticárias crônicas, o curto uso de prednisona ou prednisolona pode ser necessário, em ciclos de 3 a 10 dias na dose de 1 mg/kg/dia, desde que não ultrapasse a dose máxima de 60 mg/dia.

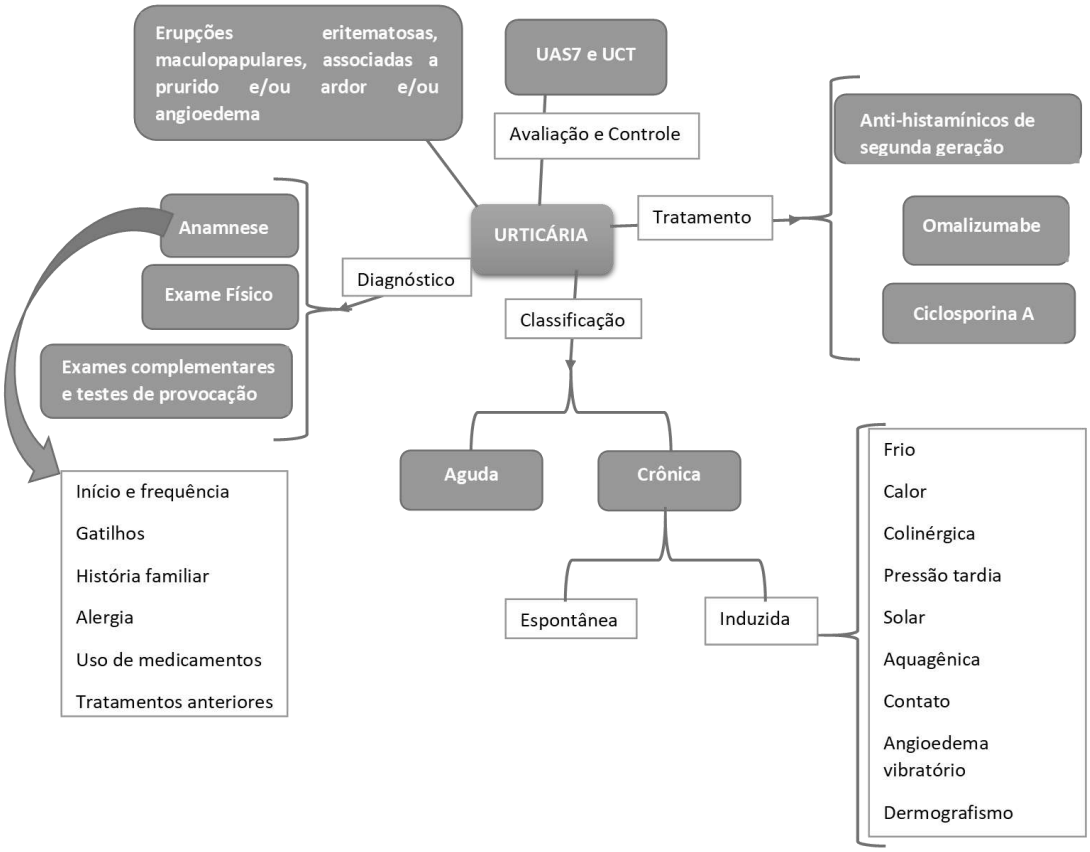
O tratamento deve ser mantido até que a urticária entre em remissão, por isso o paciente deve ser avaliado continuamente.

Figura 1: Algoritmo do Tratamento das Urticárias



Fonte: Adaptado de "Guia prático da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para o diagnóstico e tratamento das urticárias baseado em diretrizes internacionais".

FLUXOGRAMA:



Fonte: autores (2021).

CASO CLÍNICO:

Mário, 27 anos, solteiro, modelo, natural e procedente de Fortaleza – CE, branco, católico. Nega alergias, comorbidades e não faz uso de medicamentos. Nega elitismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Afirma realizar musculação seis vezes por semana e mora com um amigo. Comparece ao PSF queixando-se de manchas no dorso e no membro superior direito. Afirma que as manchas surgiram há 2 meses e que coçam e ardem bastante e nega febre e angioedema. Refere desconforto, principalmente para dormir e relata que as manchas têm afetado sua rotina, inclusive profissionalmente. Relata uso de hidratante corporal como tentativa de "acalmar a pele". Ao exame físico apresenta múltiplas placas eritemato-edematosas.

Testando seus conhecimentos:

1. **Considerando as informações acima, qual a terapia inicial recomendada?**
   a) Predninosa
   b) Omalizumabe
   c) Loratadina
   d) Ciclosporina A
2. **Após 1 semana, Mário retorna ao PSF relatando que não houve melhora das lesões. Qual conduta a ser tomada nessa situação?**
   a) Suspender o uso de Loratadina e prescrever prednisona em dias alternados.
   b) Dobrar a dose de Loratadina e solicitar retorno em duas semanas.
   c) Manter o uso de Loratadina associado à Cetirizina e solicitar retorno em duas semanas.
   d) Encaminhar para serviço especializado.
3. **Pacientes que fazem uso de Ciclosporina A devem ser monitorados quanto a ocorrência de efeitos adversos, assim como devem ser avaliados laboratorialmente mensalmente e a cada ajuste de dose. Dentre os exames a seguir, qual deles não é necessário na avaliação mensal desses pacientes?**
   a) Potássio
   b) Sódio
   c) Função hepática
   d) Magnésio

Gabarito: 1-C; 2- B; 3-B.

REFERÊNCIAS

ANTIA, Cinthia et al. Urticaria: A comprehensive review. Continuing Medical Education. 4 ed. [S.L.]: [s.n.], 2018. P. 599-614. V. 79. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.01.020. Acesso em: 25.03.2021.

CUNHA, Inês Machado; GOMES, Eva Rebelo. Chronic spontaneous urticaria in pediatric age. NASCER E CRESCER-BIRTH AND GROWTH MEDICAL JOURNAL. [S.L.]: [s.n.], 2020. p. 145-148. v. 29, n. 3. Disponível em: https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v29.i3.17002. Acesso em: 25.03.2021.

DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ENSINA, Luis Felipe et al. Guia prático da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para o diagnóstico e tratamento Das urticárias baseado em diretrizes internacionais. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia. 4 ed. [S.L.]: [s.n.], 2019. V. 3. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20190052. Acesso em: 12.04.2021.

MUSTAFA, S. Shahzad; SÁNCHEZ-BORGES, Mario. Chronic urticaria: comparisons of US, European, and Asian guidelines. Current allergy and asthma reports. [S.L.]: [s.n.], 2018. p. 1-7. v. 18, n. 7. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11882-018-0789-3. Acesso em: 25.03.2021.

PEREIRA, Amanda Rocha Firmino et al. Urticária crônica induzida: confirmação por testes de provocação e resposta ao tratamento. Einstein. (São Paulo): [s.n.], 2020. v. 18. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5175 Acesso em: 11.04.2021.

SOUZA, Débora Laureano et al. Efetividade da administração de omalizumabe para tratamento de pacientes com urticária crônica espontânea. Revista Brasileira de Análises Clínicas. 1 ed. Santa Catarina: [s.n.], 2019. P. 81-86. V. 51. Disponível em: http://www.rbac.org.br/artigos/efetividade-da-administracao-de-omalizumabe-para-tratamento-de-pacientes-com-urticaria-cronica-espontanea/. Acesso em: 10.04.2021.

CAPÍTULO XLI

DERMATITES

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-41

Autor(a): Alana Ponte Correia
Coautores: Bárbara Ponte Souza
Renata Bezerra de Amorim
Wendelly Soares Torres
Orientador(a): Aline Valeriano Moura Cordeiro

1. INTRODUÇÃO

Teoricamente, embora existam diferenças conceituais, na prática, os termos “eczema” e “dermatite” são tomados como sinônimos. São um grupo de dermatoses inflamatórias, com características clínicas e histopatológicas comuns e bem definidas. De acordo com a predominância das lesões, o quadro pode ser classificado em agudo, subagudo e crônico. As lesões elementares que definem os eczemas agudos são eritema, edema, vesículas e exsudação. Um sintoma usualmente presente é o prurido. Como consequência da duração e intensidade do prurido, surge outro elemento, a liquenificação, que traduz a cronicidade do processo.

Na fase aguda a característica histológica básica do processo é o acometimento da epiderme e derme papilar, enquanto na fase crônica há espessamento de todas as camadas da epiderme. A concomitância dos achados das fases aguda e crônica, seja histológica ou clinicamente falando, configuraria a evolução subaguda do processo.

Muitos fatores podem ser implicados na sua gênese, e duas ou mais formas de eczemas podem estar presentes simultaneamente. Normalmente são resultado da interação entre fatores relativos ao organismo e elementos externos a ele.

2. DERMATITE ATÓPICA

A dermatite atópica (DA) é um processo inflamatório cutâneo crônico, pruriginoso e de caráter recorrente e recidivante, sendo a principal manifestação cutânea da atopia. Trata-se de uma doença fortemente associada à história pessoal e familiar de atopia (rinite, asma,

etc), sendo a história familiar positiva em até 70% dos casos. Há evidentes alterações imunológicas, sendo altamente influenciada por fatores ambientais e emocionais. Costuma iniciar-se na primeira infância, com metade dos casos se apresentando no primeiro ano de vida e 80% até os cinco anos. Suas principais características são pele xerótica e prurido intenso.

As alterações fundamentais na fisiopatologia do eczema atópico permanecem desconhecidas, múltiplos fatores parecem fazer parte de sua patogênese. Ocorre uma interação complexa de fatores ambientais, genéticos e distúrbios da imunidade humoral e celular. Os baixos níveis de AMPc seriam responsáveis, dentre outras consequências, pelo aumento da liberação de histamina, diminuição dos linfócitos T supressores e aumento da produção de IgE.

Os principais fatores agravantes são a perda da barreira cutânea com aumento de perda hídrica transepidérmica, infecções bacterianas e fúngicas e mudanças bruscas de temperatura. Além disso, o agravamento da DA por distúrbios emocionais e mudanças bruscas de humor é notório. Sugere-se que os atópicos sejam competitivos, sensíveis, facilmente depressivos, tensos, intolerantes e hiperativos.

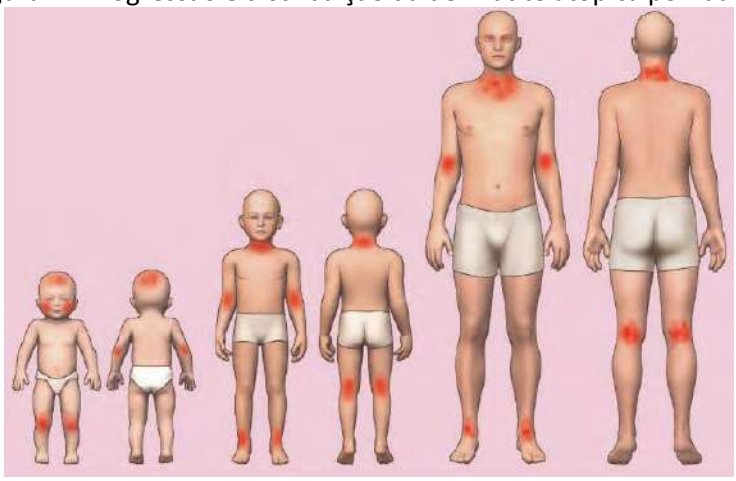
As lesões eczematosas parecem ser acentuadas em áreas de grande potencial de exposição a antígenos (face e mãos), em áreas de aumento de vascularização (face e dobras) e em áreas de pele fina e/ou cobertas, nas quais a penetração percutânea pode ser aumentada (dobras antecubitais e poplíteas).

Trata-se de uma dermatose crônica de evolução flutuante, cursando com exacerbações e remissões, podendo ocorrer em qualquer idade a partir do terceiro mês de vida. Alterações sudorais e alterações do manto lipídico da pele, manifestada pela xerose, são outras características muito conhecidas da dermatite atópica.

Manifesta-se através de placas de eczema, pruriginosas, que podem ser agudas, subagudas ou crônicas, distribuídas caracteristicamente conforme a idade. Além disso, evidenciam-se muitos sinais de coçadura, palidez e estigmas atópicos como o sinal de Hertoghe (rarefação do terço distal dos supercílios, devido à coçadura); dupla prega de Dennie Morgan (prega supranumerária infraciliar); palmas com multilinearidade; ceratose pilar. Ocorre aumento de suscetibilidade a infecções fúngicas (dermatofitose), virais (molusco contagioso, verrugas vulgares e herpes simples) e bacterianas, (principalmente por Staphylococcus aureus).

As manifestações clínicas tendem a ser mais exsudativas na primeira infância e, liquenificadas, nas faixas etárias mais avançadas. Em lactentes ocorrem normalmente lesões eritemato-crostosas ou papulo-vesiculares em face, disseminando-se principalmente para o couro cabeludo, pescoço, fronte, punhos, face extensora de membros e área das fraldas. Dentição, infecções, alterações ambientais, antígenos alimentares, imunizações e outros fatores podem agravá-la ou desencadeá-la. Em crianças mais velhas as lesões tornam-se menos exsudativas e mais vesiculosas, com tendência a evoluir para a fase subaguda e liquenificação, comprometendo principalmente as dobras antecubitais e poplíteas, punhos, pálpebras, face e pescoço. Em adultos a distribuição é semelhante às da infância, porém as lesões são predominantemente de eczema crônico, com liquenificação da pele. A doença tende a atenuar com a idade, aproximadamente 40% das pessoas mantêm os sintomas até a vida adulta.

Figura 1 - Progressão e distribuição da dermatite atópica por idade.



Fitzpatrick's Dermatology, (2019).

O diagnóstico da dermatite atópica é centrado nas manifestações clínicas da doença. Podemos utilizar duas formas principais de estabelecer o diagnóstico através de critérios clínicos: a classificação de Hanifin e Rajka e os parâmetros do United KingdomWorkGroup (Willians e col. – mais recentes).

De acordo com os parâmetros do United Kingdom Work Group (Willians e col.) é necessária a presença de prurido cutâneo somado a três ou mais dos critérios a seguir: 1) História de prurido envolvendo áreas flexurais, cervical, palpebral ou tornozelos; 2) História de pele seca generalizada no último ano; 3) Início das lesões de pele antes dos dois anos de idade (em pacientes maiores de 4 anos); 4) Dermatite atual envolvendo áreas flexurais (ou

região malar/fronte/face externa dos membros em pacientes menores de quatro anos); 5) História pessoal de asma ou rinite alérgica ou história familiar de doença atópica em parente de primeiro grau para menores de 4 anos.

Tabela 1 – Critérios diagnósticos de Dermatite Atópica Segundo Hanifin e Rajka

Critérios Maiores	Critérios Menores
Prurido Típica distribuição e morfologia das lesões Liquenificação flexural em adultos Envolvimento de face e/ou superfície extensora em crianças menores e lactentes Evolução crônica ou recorrente História pessoal ou familiar de atopia (asma, rinite ou DA)	Xerose Ictiose/hiperlinearidade palmar Reatividade do prick test IgE sérica elevada Início em idade precoce Suscetibilidade para infecções cutâneas Tendência para dermatite inespecífica de mãos e pés Eczema mamilar Queilites Conjuntivites recorrentes Ceratocone (raro) Catarata subcapsular anterior Escurecimento periorbital Eritema facial Pitiríase alba Prega infraorbital (linhas de Dennie Morgan) Prurido em áreas de suor Intolerância a lã Acentuação perifolicular (ceratose folicular) Alergia alimentar Influência de fatores emocionais e ambientais Dermografismo branco (atrito na pele levando a vasoconstrição)

* É necessária a associação de um mínimo de 3 critérios maiores e 3 menores

Fonte: Hanifin e Rajka, (2021)

São considerados os principais diagnósticos diferenciais de dermatite atópica a psoríase, dermatite seborreica, dermatite de contato alérgica ou irritativa, eczema numular, escabiose, dermatite herpetiforme e doença de Darier. Devem sempre ser consideradas algumas síndromes associadas a imunodeficiências, distúrbios metabólicos (ex: fibrose cística, fenilcetonúria, doença celíaca), infiltrativas e genodermatoses (displasia ectodérmica anidrótica).

O manejo básico da doença baseia-se em, primeiramente, orientar adequadamente o paciente e seus familiares, afastar os fatores irritantes e desencadeantes, evitar a xerodermia com a hidratação adequada e continuada da pele e o controle da inflamação e do prurido com medicamentos. São considerados fatores agravantes os sabões, lã, extremos de temperatura,

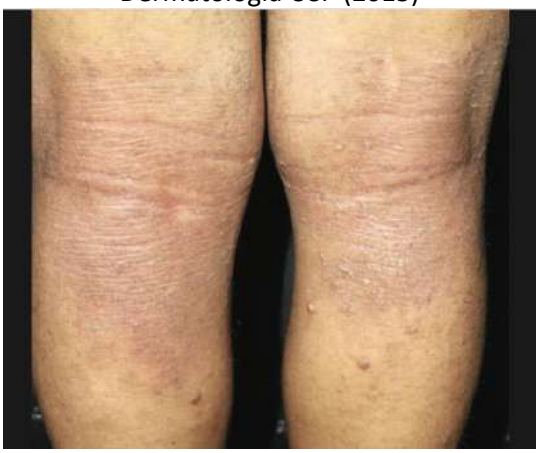
baixa umidade do ambiente, exposição à alérgenos inalantes e alimentares, banhos demorados e quentes, roupas sintéticas, substâncias irritantes à pele, etc. Algumas recomendações incluem utilizar sabão de glicerina neutro para roupas em geral; o vestuário, de preferência, deve ser de tecido de algodão a 100%; uso de sabonetes e xampus sem perfume; banho rápido com temperatura amena; corte das unhas semanalmente, visando assim diminuir as escoriações.

Utiliza-se como terapêutica tópica os emolientes, associados ou não aos cremes de corticoesteróides de potência variável, segundo a área, o tipo da lesão e a idade do paciente. Na face recomenda-se o uso de corticosteróides de baixa potência, como a hidrocortisona. A hidratação é um fator essencial na prevenção e controle da dermatite atópica, sua ação primordial é restabelecer a barreira cutânea. Os anti-histamínicos orais, também são de suma importância no controle do prurido. Eventualmente, indica-se antibioticoterapiaantiestafilocócica, mesmo na ausência de evidência franca de infecção secundária, com ótimos resultados, sobretudo em casos de piora súbita.

Nos pacientes com baixa resposta clínica, uma boa alternativa são os inibidores da calcineurina como o pimecrolimo creme a 1%, por até 6 semanas e o tacrolimo pomada a 0,03% (para crianças acima de dois anos) e a 0,1% (para crianças acima de 12 anos). Casos extensos e que não apresentam resposta às medidas anteriores, considera-se tratamento com corticosteroides orais ou imunomoduladores sistêmicos como ciclosporina e azatioprina. Além disso, o paciente atópico pode se beneficiar de suporte psicológico.

Figura 2 - Dermatite atópica em face, ABC of Dermatology, (2019)

Figura 3 - Lesões liquenificadas de dermatite atópica nas dobras poplíteas em adulto, Manual de Dermatologia USP (2015)



3. DERMATITE DE CONTATO

É definida como a presença de lesões eczematosas decorrentes do contato da pele com determinadas substâncias. Pode ser dividida em dermatite de contato por irritante primário (dermatite de contato irritativa - DCI) ou por agentes sensibilizantes (dermatite de contato alérgica - DCA).

A DCI decorre dos efeitos tóxicos de substâncias capazes de produzir inflamação. Geralmente envolve substâncias cáusticas, alcalinas (como sabões e cimento úmido), ou ácidas fracas, que, não sendo capazes de provocar queimadura e/ou necrose, produzem apenas reação inflamatória cutânea. Não há necessidade de sensibilização prévia e não ocorre a formação de células de memória imunológica, ou seja, é um processo irritativo não imunológico, por lesão direta aos queratinócitos. Corresponde a 80% dos casos de dermatite de contato e é uma das principais causas de doenças ocupacionais.

A DCA corresponde a 20% dos casos de dermatite de contato, cursa sempre com muito prurido e pode apresentar-se na forma aguda, subaguda ou crônica. Quadros clínicos generalizados e até mesmo eritrodermia podem ocorrer. Na DCA ocorre sensibilização do sistema imune em pessoas geneticamente predispostas, havendo envolvimento primário do sistema imunológico, sendo exemplo clássico da hipersensibilidade tipo IV, mediada por linfócitos T. O aparecimento das lesões ocorre após algumas horas e até alguns dias, devido a necessidade de sensibilização previamente ao aparecimento das lesões. Os agentes etiológicos são, essencialmente, substâncias químicas pouco complexas (elementos ou compostos minerais ou orgânicos, haptenos). Determinadas substâncias são especialmente

sensibilizantes: como o metal, cosméticos, medicamentos tópicos, borracha, objetos plásticos e seus derivados.

A DCI caracteriza-se por eritema, descamação e, por vezes, vesículas e bolhas, que surgem logo após o contato (aproximadamente alguns minutos podendo iniciar após 48h do contato) com agentes irritantes mais fortes, ou depois de semanas de contato continuado com agentes irritantes fracos. O prurido, em geral, é discreto ou ausente, sendo substituído por sensação de dor ou queimação. Normalmente a lesão é típica e fica restrita ao local do contato. Costuma ter resolução clínica após 96h, caso tratada corretamente.

Na DCA, a morfotopografia é de grande ajuda diagnóstica e costuma ter resolução clinica após aproximadamente três semanas, com o tratamento adequado. Caracteristicamente, o local da dermatite indica a provável causa, por exemplo: lesões eczematosas em orelhas e cintura, podem ser sinais de alergia ao níquel presente nos metais dos brincos e fivelas dos cintos; lesões no dorso do pé pode indicar alergia a componentes da borracha de tiras de sandálias; descamação nas pálpebras superiores, alergia a produtos cosméticos de uso local, entre outros. Na maioria dos casos a manifestação clinica será uma reação eczematosa aguda, com prurido intenso.

Figura 4 - Dermatite de contato a creme com neomicina antes (a) e depois de interromper o tratamento (b), Color Atlas of clinical dermatology (2015)

Figura 5 - Dermatite de contato irritativa, Color Atlas of Clinical Dermatology (2015)

É imprescindível uma anamnese detalhada para o diagnóstico, incluindo-se o mapeamento topográfico, procurando correlacionar o local da lesão com determinado tipo de exposição; sempre indagar sobre a exposição ocupacional. O teste de contato costuma ser positivo na dermatite alérgica e negativo na dermatite por irritante primário.

Figura 6 - Dermatite de contato alérgica, localizações e respectivos desencadeantes mais comuns, Azulay Dermatologia, (2017).

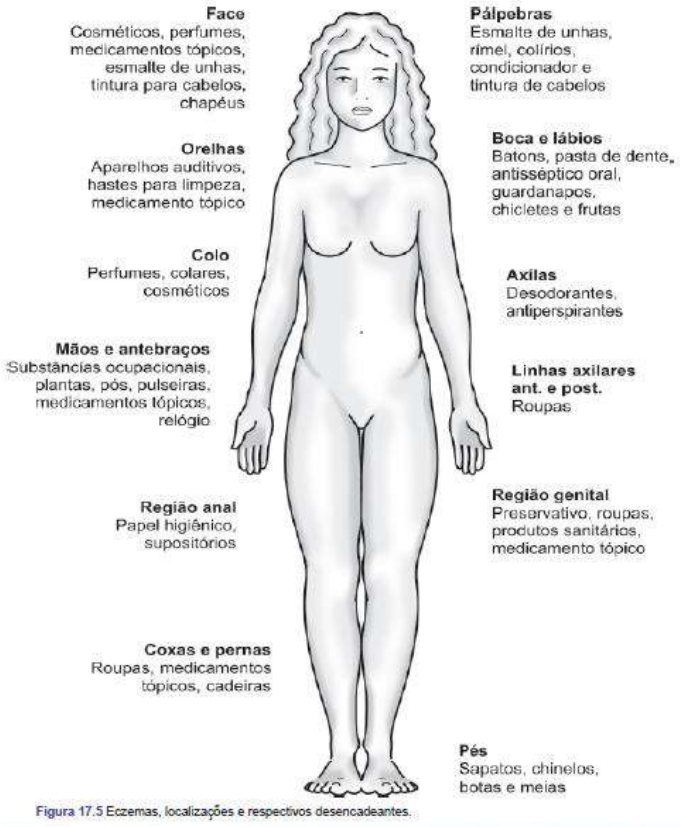


Figura 17.5 Eczemas, localizações e respectivos desencadeantes.

O diagnostico diferencial faz-se principalmente com os outros eczemas, dermatofitoses, dermatofítides, psoríase, parapsoríase e farmacodermias.

Quanto ao tratamento, a primeira providência é afastar a causa e priorizar o tratamento de infecções secundárias eventuais. Segue-se com o tratamento com corticoesteroides tópicos ou sistêmicos nos quadros extensos e disseminados, além de uso de emolientes. Compressas, banhos de permanganato e água boricada podem estar indicados durante a fase exsudativa. Anti-histamínicos, não agem sobre o mecanismo fisiopatológico, porém, reduzem o prurido.

4. ECZEMA NUMULAR

O eczema numular é definido por placas eritematosas em formato de moeda (numismática). A etiologia ainda é desconhecida, porém supõe-se que esteja relacionada à xerodermia, sendo mais comum em idosos, em épocas de frio e com menor umidade. Alguns autores ainda acreditam na infecção por Staphylococcus como fator deflagrador do quadro de eczema numular, visto que a colonização estafilocócica maciça agrava a sua evolução. Ocorre com grande freqüência em atópicos e pode ser desencadeado por estresse emocional.

Ao exame, evidencia-se uma ou mais lesões em placas arredondadas, eczematosas agudas e subagudas de 4 a 5 cm, com bordas nítidas, regulares, claramente demarcadas. Na fase aguda possuem vesículas de parede fina, com componente exsudato-crostoso. Evoluem para estágio menos vesicular e mais descamativo, com clareamento central e extensão periférica. Localizam-se normalmente nas pernas, mãos, antebraços ou no tronco. Comumente estão associadas a prurido. É comum a reativação de lesões quiescentes, sobretudo quando há interrupção precoce do tratamento, tendendo a cronicidade.

Figura 7 - Eczema numular, Azulay, (2017)

O diagnóstico pode ser clinico ou através de estudo anatomopatológico. Quando houver dúvida diagnóstica deve ser realizado exame micológico direto para afastar dermatofitose. Tem como diagnósticos diferenciais a psoríase, a dermatofitose, o impetigo e a dermatite de contato

O tratamento deve ser realizado com corticosteróide ou coaltar 2 a 5% e antibióticos antiestafilocócicos tópicos. Enquanto antibióticos e corticosteróides sistêmicos fazem parte do tratamento de segunda linha. Orienta-se ainda uso de loções hidratantes, cuidados com o banho e anti-histamínicos.

5. ECZEMA DE ESTASE

É um quadro eczematoso que ocorre por insuficiência venosa nos membros inferiores de indivíduos predispostos. É consequente à hipertensão venosa, a qual provoca diminuição no fornecimento de oxigênio aos tecidos e sequestro de leucócitos, com liberação de enzimas proteolíticas e radicais livres, causando lesão tecidual e reação inflamatória. Normalmente desencadeado por fatores deflagradores de estase e insuficiência venosa como gravidez, obesidade e presença de fístulas arteriovenosas. Sendo mais comum em mulheres de meia idade ou idosas, que possuem varizes.

Acomete, usualmente, o terço inferior das pernas e pode se apresentar nas formas aguda, subaguda ou crônica, levando ao surgimento de placas eritemato-descamativas, pruriginosas. Conforme a evolução e agravamento do quadro pode cursar com úlceras de estase, linfedema e, paralelamente, quadros de erisipela, celulites de repetição e dermatoesclerose

O diagnóstico é essencialmente clínico e tem como principais diagnósticos diferenciais a dermatite de contato, psoríase, líquen plano hipertrófico, dermatofitose e o sarcoma de Kaposi.

Figura 8 - Lesões eczematosas agudas e subagudas associadas à estase venosa Manual de Dermatologia USP, (2015)

O tratamento consiste em melhora do retorno venoso, uso de emolientes, medicamentos tópicos, além do tratamento da causa de base e correção dos fatores de risco modificáveis. Para melhora do retorno venoso, orienta-se elevação dos membros inferiores enquanto a pessoa está sentada, atividade física e uso de meias de compressão. Nos casos agudos, podem ser feitas compressas com permanganato de potássio. Também é feito uso de corticosteroides tópicos de baixa ou média potência, 1 a 2 vezes por dia, por uma a duas semanas, que não devem ser aplicados diretamente sobre úlceras. No caso dessas, pode se fazer uso da bota de Unna e de antibióticos sistêmicos, apenas nos casos em que há infecção.

6. DERMATITE SEBORREICA

É uma doença inflamatória de natureza crônica e recorrente, que ocorre em determinados indivíduos portadores da disposição constitucional denominada diátese seborreica. Tendo predileção pelas áreas ricas em glândulas sebáceas.

É de etiologia desconhecida, porém foram demonstradas alterações na dinâmica epidérmica e ainda está em estudo o papel etiopatogênico da *Malassezia sp.*, porém foi observado que a ação de antifúngicos melhoram a doença. Têm sido reportados casos de associação com doença de Parkinson, outras doenças neurológicas (epilepsia, paralisia facial,

lesão de gânglio trigeminal), uso de medicamentos, poliomielite, obesidade, diabetes e estresse. E tem altíssima incidência nos portadores de infecção pelo HIV.

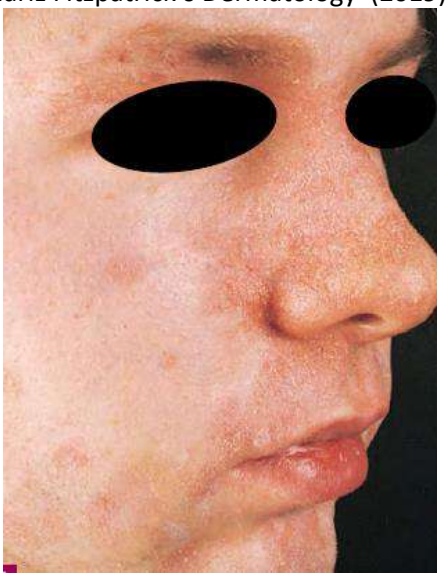
Acomete principalmente homens na fase pós-puberal, mas existe também a forma do recém-nato. Manifesta-se pela presença de lesões maculopapulosas, eritematosas ou amareladas, recobertas por escamas aderentes de coloração esbranquiçada, particularmente em áreas ricas em glândulas sebáceas, como couro cabeludo (quase sempre acometido), face, região retroauricular, pré-esternal e interescapular. O prurido, quando presente, costuma ser discreto. A doença pode evoluir para eritrodermia esfoliativa. É frequente o seu agravamento por estresse ou pelo frio.

Pitiríase capitis (caspa), crosta láctea, dermatite seborreica figurada, psoriasiforme e psoriasiforme fazem parte do espectro da doença. Tendo como principais diagnósticos diferenciais a psoríase, a dermatite de contato e a rosácea.

O diagnóstico é essencialmente clinico. Porém é importante ressaltar que a dermatite seborreica é uma das dermatites mais comumente observadas na AIDS, sendo assim, a sorologia para HIV está indicada para pacientes com fatores de risco e nos casos mais intensos e abruptos ou não responsivos ao tratamento.

Figura 9 - Dermatite seborreica, crosta láctea Fitzpatrick's Dermatology, (2019)

Figura 10 - Dermatite seborreica com envolvimento de sulco nasolabial, região malar, sobrancelhas e nariz Fitzpatrick's Dermatology (2019)



O tratamento visa não a cura, mas o controle do processo. Orienta-se, inicialmente, usar o tratamento proposto diariamente e depois espaçar de acordo com a resposta clínica. As primeiras recomendações de tratamento são medicações tópicas, incluindo antifúngicos (cetoconazol), corticosteróides (de baixa potência, como a betametasona 0,05%, para a face), inibidores da calcineurina (tacrolimo e pimecrolimo) e queratolíticos. Além do uso de loções ou xampus (no caso de acometimento do couro cabeludo) à base de LCD (liquor carbonis detergens) de 5 a 8% associado ou não ao ácido salicílico de 1 a 3%, piritionato de zinco de 1 a 2,5%, sulfeto de selênio de 1 a 2,5%, coaltar de 2 a 3%, cetoconazol de 1 a 2%, octopiroxolamina a 1%. Casos extensos e refratários ao tratamento tópico podem beneficiar-se de medicação sistêmica, cetoconazol 200mg/dia, oral, durante 2-3 semanas, corticóides em baixas doses. Os imunomoduladores tópicos têm se mostrado efetivos, porém são reservados aos casos mais severos e recidivantes.

7. ECZEMA ASTEATÓSICO

É definida como uma dermatite pruriginosa, associada à xerodermia. É causada pela diminuição do manto lipídico da superfície cutânea, que leva ao ressecamento da pele. Sendo, dessa forma, precipitada por fatores como, como a idade avançada, uso excessivo de sabonetes, banhos quentes e demorados, clima frio e seco, uso de diuréticos, antilipêmicos, hipotireoidismo, deficiência de zinco, entre outras.

Ao exame, nota-se a pele xerótica, com placas eritematosas, bordas levemente elevadas, com fissuração e fina descamação linear formando verdadeiros mosaicos que lembram o aspecto craquelado. O prurido generaliza-se pela superfície de todas as lesões, sendo que as mesmas ocorrem em áreas de menor resistência e a coçadura agrava as lesões. Sua localização preferencial é nos membros inferiores, superiores e mãos, sendo mais comum no sexo masculino.

Figura 11 - Eczema asteatósico em paciente idoso, Azulay (2017)

O diagnóstico é através da clínica e do exame anatomopatológico das lesões. Podendo ter como diagnósticos diferenciais a psoríase, a tínea corporis, a dermatite de contato e a parapsoríase.

O tratamento consiste em orientação para evitar banhos quentes, demorados e com sabonetes muito alcalinos, além de diminuir a freqüência dos banhos. O uso de corticosteróides tópicos nas lesões pode estar indicado, além de aplicar emolientes que contenham uréia, de preferência. Aumentar a umidade do ambiente e evitar o contato com lã, também podem ajudar no processo.

8. ECZEMA DISIDRÓTICO

O eczema disidrótico, ou síndrome eczematosa das mãos e pés é definida como dermatite essencialmente restrita a essas regiões. Engloba diversas possibilidades etiológicas, podendo ter origem em eczemas de contato, reações de hipersensibilidade a alérgenos ingeridos ou inalados, infecções (principalmente fúngicas), farmacodermias, psoríase, dermatite atópica, quadros de eczemas idiopáticos, ou até mesmo origem idiopática. Todas

essas são possibilidades diagnósticas, sendo que teremos, em sua maioria, um somatório de fatores que desencadeiam ou agravam o quadro de disidrose. Predomina na faixa de 20 a 40 anos de idade é mais comum nos meses quentes e se associa com freqüência a hiperidrose e fatores emocionais.

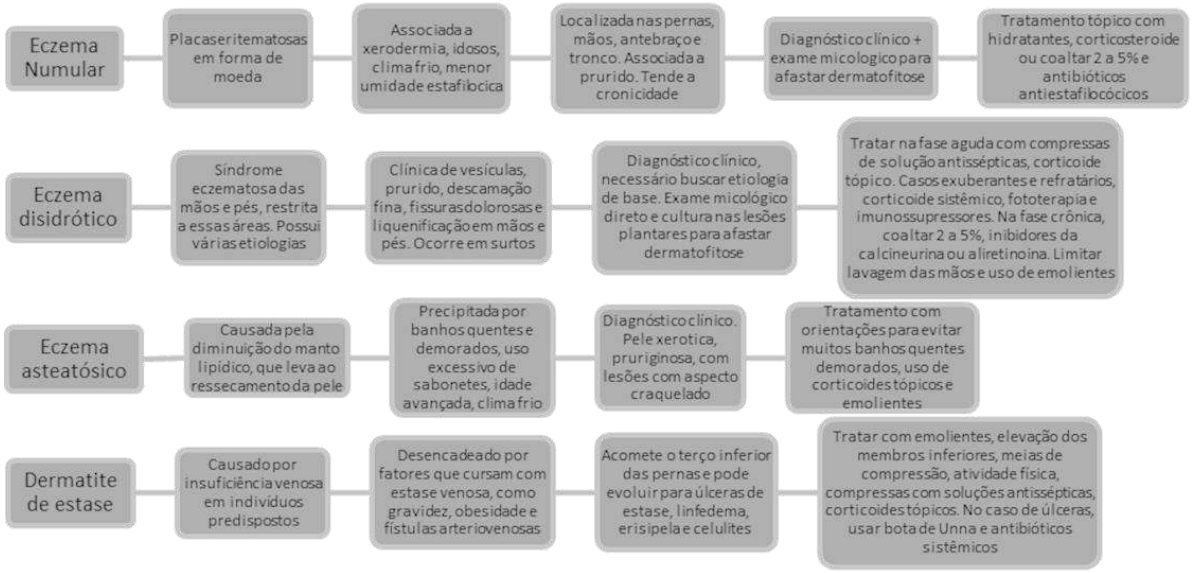
É uma dermatose freqüente que afeta a face lateral dos dedos, das mãos e dos pés, geralmente de forma simétrica e bilateral . Manifesta-se na fase aguda através de descamação fina e vesículas de profundidade variável que podem se tornar pústulas dolorosas. Podendo evoluir para o quadro crônico, representado por liquenificação, ceratose, acantose e paraceratose, levando a descamação mais intensa e fissuras extremamente dolorosas. O prurido quase sempre está presente na fase aguda. Costumam ocorrer em surtos, de aproximadamente 3 semanas de duração, podendo ser subentrantes, possibilitando a concomitância de lesões da fase aguda e crônica. A principal complicação é infecção secundária por *Staphylococcus aureus*, devido à manipulação. Quando intensa, pode causar onicodistrofia.

Figura 12 - Eczema disidrótico, vesículas características nas laterais dos quirodáctilos Azulay, (2017)

O diagnóstico é clinico, podendo ser feito o exame anatomopatológico e por vezes, é necessário o teste de contato, ou mais raramente o pricktest, para se estabelecer a etiologia de base. Nas lesões plantares o exame micológico direto e a cultura são mandatórios para afastar dermatofitose, que é um dos diagnósticos diferenciais, juntamente com psoríase pustulosa e palmoplantar, tinea dos pés, dermatite de contato, penfigoidebolhoso e a sífilis secundária.

O tratamento durante a fase aguda consiste em compressas ou banhos de permanganato de potássio, solução de Burow (acetato de alumínio a 10-20%) ou água boricada 2%, duas a três vezes por dia até a melhora das lesões, quando então faz-se o uso de corticosteroide tópico de alta potência. Nos casos exuberantes, uso de prednisona 40-60mg/dia está indicado, enquanto nos casos refratários pode-se considerar o uso de fototerapia e imunossupressores como azatioprina e ciclosporina. Na fase crônica, é possível empregar o uso de coaltar 2 a 5%; o uso de tacrolimo a 0,1% e pimecrolimo a 1%, duas vezes ao dia. O uso de alitretinoina (Toctino®) tópica a 0,1% nos casos mais brandos e em dose única de 30mg/dia, oral, por mais de 6 semanas , nos casos mais intensos, também tem se mostrado eficaz em casos não responsivos a terapias prévias. Como orientações gerais, devemos recomendar limitar a lavagem das mãos a 2 a 3 vezes por dia de maneira cuidadosa, evitar contato com detergentes e sabonetes através de luvas e usar cremes hidratantes diversas vezes ao dia.

9. FLUXOGRAMA - DERMATITES



Fonte: autores (2021).

10. TESTANDO OS CONHECIMENTOS

1. **A dermatite seborreica é uma doença inflamatória crônica comum na infância e apresenta distribuição em áreas de maior concentração das glândulas sebáceas. Pode se apresentar com descamação e crostas em couro cabeludo. No tratamento inicial, recomenda-se:**
   a) Dapsona oral.
   b) Fototerapia com UVB.
   c) Loção de permetrina a 5%.
   d) Xampu de sulfeto de selênio.
2. **Adolescente, 13 anos, apresenta próximo ao umbigo lesão arredondada, pruriginosa com a pele engrossada, seca, escamosa e liquenificada que surgiu há dois meses após iniciar o uso de calça jeans como uniforme escolar. Já usou diferentes medicamentos tópicos sem melhora. O tipo de eczema e seu respectivo tratamento é:**
   a) Crônico; anti-histamínico tópico e corticoide oral.
   b) Agudo; anti-histamínico tópico e antibiótico oral.
   c) Crônico; corticoide tópico e anti-histamínico oral.
   d) Agudo; antibiótico tópico e anti-histamínico oral.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 anos comparece à consulta acompanhada de sua mãe, referindo apresentar desde a infância quadro de eczema em fossa cubital e região poplítea, bilateralmente, associado a prurido e xerose cutânea. Apresenta ainda, ao exame físico, manchas hipocrômicas em face e dupla prega infrapalpebral.

3. Acerca desse quadro clínico, é correto afirmar que o diagnóstico é:

a) Tinea corporis e pode ser confirmado por micológico direto e cultura

b) Dermatite de contato e pode ser confirmado através do patch test (ou teste de contato).

c) Psoríase vulgar e pode ser confirmado por meio do sinal de Auspitz nas lesões.

d) Dermatite atópica e pode estar associado a rinite e/ou asma.

4. Qual seria a conduta inicial nesse caso?

a) Prescrever permanganato de potássio tópico; controlar prurido; controlar infecção por fungos.

b) Prescrever sabonete antisséptico; controlar prurido e inflamação; verificar dinâmica familiar.

c) Prescrever corticoide tópico; controlar prurido; controlar infecção por fungos.

d) Hidratar com emolientes; controlar infecções; controlar prurido; verificar dinâmica familiar.

Respostas: 1-d; 2-c; 3-d; 4-d

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A. A. et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. [S.L.]: ASBAI, 2017. Disponivel em: < https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Consenso_ _Dermatite_Atopica_-_vol_1_n_2_a04__1_.pdf>. Acesso em 23.03.2021.

AZULAY, L. et al. Atlas de Dermatologia: da Semiologia ao Diagnóstico. 2 ed. [S.L.]: Elsevier, 2013.

AZULAY, Rubem David; AZULAY, David Rubem. Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FITZPATRICK, T. B. et al. Tratado de Dermatologia. 9 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2019

GRIFFITHS, C. E. M.; BARKER, J.; BLEIKER, T.; CHALMERS, R.; CREAMER, D. Rook's Textbook of Dermatology. 9 ed. Wiley-Blackwell, 2016.

MORRIS-JONES, R. ABC of Dermatology. 7 ed. [S.L.]: John Wiley & Sons Ltd, 2019

NETO, C. F.; CUCÉ, L. C.; REIS, M. S. Manual de Dermatologia USP. 4º ed. [S.L.]: Manole Ltda, 2015

Color atlas of clinical dermatology. Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd, 2015

CAPÍTULO XLII

HANSENÍASE

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-42

Autor(a): Yasmin Saboia Moreira
Coautores: Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Rafael Lucas Simões dos Santos
Wendelly Soares Torres
Orientador(a): Kailane Martins Cardoso

1. INTRODUÇÃO

Hanseníase, lepra ou mal de Hansen é uma das doenças mais antigas conhecidas pela humanidade, com relatos que datam de 600 a.C. Possui evolução lenta e progressiva com alta infectividade e baixa patogenicidade, acometendo pessoas de qualquer sexo ou idade.

Caso não tratada inicialmente, a doença evolui para formas transmissíveis e com potencial de ocasionar lesões neurais que conferem alto poder incapacitante, sendo este um dos principais responsáveis pelo estigma e discriminação das pessoas infectadas.

É causada pelo agente *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), um bacilo álcool-ácido resistente que possui afinidade pela pele e nervos periféricos – mais especificamente pelas células de Schwann.

Atualmente, o Brasil ocupa a 2˚ posição mundial de países que registram novos casos, fato que justifica que a hanseníase seja uma infecção de notificação compulsória e evidencia a relevância da identificação e do tratamento das pessoas doentes para a saúde pública.

2. QUADRO CLÍNICO

A transmissão da hanseníase ocorre por meio das vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaríngea) de indivíduos com a forma infectante da doença e sem tratamento. Estima-se que a maioria da população possua imunidade contra o *M. leprae,* portanto, é necessário um contato prolongado com pessoas doentes para que haja contaminação, o que torna os contatos intradomiciliares o maior grupo de risco de adquirir a doença.

Indivíduos com a forma paucibacilar (PB) possuem poucos bacilos e não são considerados importantes como fontes de transmissão, devido à baixa carga bacilar. As pessoas com a forma multibacilar (MB), no entanto, constituem o grupo contagiante, mantendo-se como fonte de infecção até iniciar o tratamento efetivo.

Por ser uma doença polimorfa, as diversas apresentações clínicas da hanseníase recebem classificações para facilitar seu manejo.

Duas subdivisões são relevantes e merecem destaque:

Tabela 1 – Divisão segundo a OMS

Classificação da Hanseníase por Carga Bacilar e N° de Lesões	
Forma Paucibacilar (PB)	Presença de até 5 lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativa, quando disponível
Forma Multibacilar (MB)	Presença de 6 ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva

Fonte: Adaptada de Gusso et al. Tratado de Medicina de Família (2° edição).

Tabela 2 – Classificação de Madrid

Classificação da Hanseníase por Manifestações Clínicas			
Forma Clínica	**Baciloscopia**	**Caracterização**	**Classificação OMS**
Hanseníase Indeterminada (HI)	Negativa	Fase inicial da doença; lesão geralmente única, hipo ou anestésica, hipocrômica, com rarefação de pelos, ausência de sudorese e sem comprometimento de nervos	Paucibacilar
Hanseníase Tuberculóide (HT)	Negativa	Placas eritematosas bem delimitadas ou com bordas elevadas hipercrômicas e centro hipocrômico; área anestésica, podendo haver comprometimento de nervo	Paucibacilar
Hanseníase Virchowiana (HV)	Positiva	Forma mais contagiosa da doença; presença de placas eritematosas, infiltradas e mal definidas, com alteração de sensibilidade; pápulas e nódulos escuros e endurecidos, madarose e lesões de mucosa; espessamento simétrico de nervos periféricos	Multibacilar
Hanseníase Dimorfa (HD)	Positiva	Forma mais comum de apresentação da doença; lesões eritematosas mal delimitadas com centro claro ou lesões eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa, apresentando alteração de sensibilidade e ausência de sudorese. É comum haver comprometimento assimétrico de nervos periféricos	Multibacilar

Fonte: Adaptada de Gusso et al. Tratado de Medicina de Família (2° edição) e Duncan, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências (4° edição).

As complicações mais frequentes na hanseníase são as reações hansênicas ou estados reacionais. Consistem em processos inflamatórios agudos no decorrer da infecção crônica,

devido a uma maior atuação do sistema imunológico no ataque aos bacilos. Ocorrem mais frequentemente nos casos multibacilares e afetam, principalmente, pele e nervos, sendo importante causa de morbidade e incapacidade neurológica.

São classificadas em dois tipos: reação hansênica tipo 1 (ou reversa) e reação hansênica tipo 2 (ou eritema nodoso hansênico).

A reação tipo 1 manifesta-se na pele por manchas ou placas eritematosas edematosas bem delimitadas, com frequente acometimento neural. Também pode apresentar-se como edema de extremidades, geralmente mantendo um bom estado geral.

A reação tipo 2 apresenta-se, principalmente, como nódulos dolorosos inflamatórios subcutâneos que, na forma grave, podem ulcerar; o paciente pode apresentar sintomas sistêmicos, geralmente com mau estado geral (febre, mal-estar, mialgia) e podendo haver comprometimento neural, hepático e esplênico.

As reações hansênicas podem ocorrer no curso natural da doença (levando à suspeita de hanseníase), durante ou após a finalização do tratamento com a poliquimioterapia (PQT). Não há contraindicação para o início ou para a interrupção da PQT, caso os estados reacionais se manifestem antes ou durante o tratamento. Nos casos posteriores à finalização da PQT, não é recomendado o reinicio.

O diagnóstico de reação hansênica poder ser realizado na Atenção Básica, por meio do exame físico, com ênfase na avaliação dermatológica e neurológica simplificada, fundamental para monitorar o comprometimento de nervos periféricos. Deve-se, também, indagar o paciente acerca da existência de outros sinais e sintomas.

Em episódios reacionais graves ou persistentes, deve-se pesquisar reincidiva ou resistência medicamentosa, e fatores desencadeantes, como comorbidades, em especial infecções com outras doenças endêmicas (tuberculose, Chagas, hepatite, parasitoses, infecções fúngicas).

Casos raros, mais graves, necessitam de atendimento de emergência, em especial os que apresentam:

- Mal estado geral com múltiplos nódulos dolorosos ou lesões em alvo necrotizantes.
- Edema de extremidades, quadro agudo de neurite, adenite, epididimite, uveíte.
- PCR > 100, enzimas hepáticas 3x maiores do que os valores de referência, uremia, exantema febril.
- Com a suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- Diferenciar o tipo de reação hansênica;
- Investigar fatores predisponentes;
- Afastar hipótese de efeito adverso de medicamento;
- Na reação tipo 1, iniciar prednisona na dose 1 mg/kg, por 5 dias.
- Na reação tipo 2, iniciar talidomida 100-400 mg/dia e introduzir corticoide em caso de comprometimento de nervos, segundo esquema para reação tipo 1.
- Imobilizar o membro afetado em caso de neurite associada;
- Encaminhar para uma unidade de referência ou para internação hospitalar em casos graves.

Os casos de recidiva em hanseníase são raros e, normalmente, ocorrem após 5 anos ou mais da cura. Todos os casos suspeitos devem ser encaminhados e confirmados por unidade de referência.

O diagnóstico e tratamento precoces, associados ao rastreio de contatos intradomiciliares atuam como forma de prevenção da doença, pois reduzem a perpetuação da transmissão do bacilo.

É recomendada a aplicação da vacina BCG em todos os contatos sadios que residiram nos últimos 5 anos com pessoas com hanseníase, independente da forma da doença.

Caso o contato não tenha nenhuma cicatriz de BCG ou somente uma, deve-se prescrever uma dose; em caso de duas cicatrizes, não é necessária a prescrição.

Os profissionais de saúde, através da educação em saúde, devem informar à população sobre a doença, suas manifestações e a necessidade de procurar atendimento médico em caso de lesões ou sintomas suspeitos. Deve-se, também, combater o preconceito existente contra os infectados, para que estes possam ter mais liberdade de pedir ajuda e buscar informações quando necessário, prevenindo a omissão de casos, a incapacitação dos doentes e a consequente maior propagação da hanseníase.

3. MANEJO

No exame físico, mesmo que não haja suspeita inicial de hanseníase, tendo em vista a alta prevalência, deve-se questionar a presença de lesões de pele e, caso presentes, examina-las e investiga-las. É necessário observar manchas, pápulas, nódulos, infiltrações, espessamentos de nervos, ausência de sudorese, queda de pelos, queixas de câimbras e

fraqueza de membros, além de colher um detalhado histórico familiar. Ademais, é importante examinar toda a extensão corporal em busca de novas lesões que possam ter passado despercebidas pelo paciente, avaliando, inclusive, coxas, dorso e nádegas.

O exame dermatoneurológico é de suma importância para um diagnóstico efetivo da doença. Deve-se abortar o paciente de forma cordial, eliminar qualquer sentimento de preconceito e explicar o motivo da suspeita de hanseníase. Concomitantemente, deve-se enfatizar que a doença tem cura e o tratamento é fornecido gratuitamente pelo SUS, além de rastrear possíveis contatos intradomiciliares. A sensibilidade das áreas lesionadas é avaliada por meio de testes de temperatura, dor e tato que, no curso da doença, alteram-se nessa ordem.

O teste de sensibilidade térmica é realizado com a utilização de dois pedaços de algodão – um seco, representando a temperatura quente, e um com éter que, devido a sua volatilidade, da a sensação de frio ao ser encostado na pele. Toca-se aleatoriamente as lesões com ambos os algodões, buscando uma hipoestesia ou anestesia das áreas em relação ao frio.

O teste de sensibilidade dolorosa é feito com a ponta de uma agulha; alterna-se picadas entre áreas internas e externas às lesões, verificando manifestações dolorosas. Em regiões hipoestésicas, a pessoa não sentirá dor.

A sensibilidade tátil é testada tocando-se com algodão áreas com e sem lesões e pedindo para que o paciente aponte onde foi tocado; caso haja comprometimento, a pessoa não sentirá o toque

Na avaliação neurológica, deve-se observar se há simetria, espessamento, endurecimento ou neurite dos principais nervos acometidos: auricular, facial, trigêmeo, radial, ulnar, mediano, fibular comum e tibial posterior. É necessário inspecionar a sensibilidade de mãos e pés (avaliando, também, a força muscular), olhos e nariz.

Exames complementares podem ser realizados nos centros de referência em hanseníase, como a baciloscopia de raspado intradérmico, a biópsia de pele, a prova de histamina ou pilocarpina e o eletroneuromiografia.

O diagnóstico de hanseníase é essencialmente clínico e dermatológico, baseado na historia clínica do paciente e no exame dermatoneurológico. Em alguns casos, podem ser utilizados exames complementares. Todavia, o resultado negativo não exclui o diagnóstico, que deve ser essencialmente clínico.

É considerado um caso de hanseníase aquele que possui um ou mais dos critérios a seguir:

- Áreas da pele com alteração de sensibilidade e manchas/lesões;
- Acometimento de nervos periféricos associado a alterações sensitivas e/ou motoras;
- Baciloscopia de esfregaço intradérmico positiva.

O diagnóstico deve ser informado ao paciente de modo semelhante a qualquer outra doença curável. Caso haja impacto psicológico, tanto em quem adoeceu quanto nos familiares ou pessoas do convívio social, a equipe de saúde deve buscar uma abordagem apropriada da situação, que favoreça a aceitação do problema e uma maior adesão ao tratamento.

Em caso de dúvida acerca do diagnóstico, deve-se classificar o caso como suspeito e o paciente deve ser encaminhado a uma unidade de maior complexidade ou referência em hanseníase.

O tratamento da hanseníase é realizado com poliquimioterapia (PQT) com o objetivo de prevenir a resistência medicamentosa e a incapacidade, diminuir rapidamente a carga bacilar, interromper o contágio e promover a cura da doença. É importante salientar ao paciente que, com o tratamento adequado, a hanseníase tem cura e que os medicamentos são fornecidos gratuitamente pelo SUS.

Os esquemas de tratamento são estabelecidos e recomendados pela OMS e incluem: para os casos paucibacilares rifampicina e dapsona, e para os casos multibacilares rifampicina, dapsona e clofazimina.

O regime de tratamento é ambulatorial e auto administrado. Mas há uma dose mensal que deve ser obrigatoriamente acompanhada e supervisionada por um profissional de saúde.

Em crianças e adultos com peso menor que 30 kg, a dose se baseia no peso corporal (tabela 5). Nos demais casos, o tratamento segue conforme explicito nas tabelas 3 e 4.

Em caso de gravidez ou aleitamento, deve-se utilizar a PQT padrão recomendada pela OMS, não havendo contraindicações. Em mulheres com idade reprodutiva, é necessário atentar-se à diminuição da ação de anticoncepcionais.

Indivíduos que fazem tratamento para tuberculose ou para o vírus HIV devem manter seus respectivos esquemas terapêuticos, ajustando, no caso da tuberculose, a dose da rifampicina para a usada no tratamento da tuberculose.

Tabela 3 – Esquema PQT segundo a OMS para adultos

ESQUEMA PADRÃO EM ADULTOS			
Classificação	**Rifampicina**	**Dapsona**	**Clofazimina**
Paucibacilar	Dose mensal supervisionada de 600 mg (duas cápsulas de 300 mg)	Dose mensal supervisionada de 100 mg e uma dose diária auto administrada de 100 mg	---
Multibacilar	Dose mensal supervisionada de 600 mg (duas capsulas de 300 mg)	Dose mensal supervisionada de 100 mg e uma dose diária auto administrada de 100 mg	Dose mensal supervisionada de 300 mg (3 capsulas de 100 mg) e uma dose diária auto administrada de 50 mg

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Hanseníase na Atenção Básica (2015).

Tabela 4 – Esquema PQT segundo a OMS para crianças

ESQUEMA PADRÃO EM CRIANÇAS			
Classificação	**Rifampicina**	**Dapsona**	**Clofazimina**
Paucibacilar	Dose mensal supervisionada de 450 mg (1 capsula de 150 mg e uma de 300 mg)	Dose mensal supervisionada de 50 mg e dose diária auto administrada de 50 mg	---
Multibacilar	Dose mensal supervisionada de 450 mg (1 capsula de 150 mg e uma de 300 mg)	Dose mensal supervisionada de 50 mg e dose diária auto administrada de 50 mg	Dose mensal supervisionada de 150 mg (3 capsulas de 50mg) e dose auto administrada em dias alternados de 50 mg

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Hanseníase na Atenção Básica (2015).

Tabela 5 – Dosagem em pacientes abaixo de 30 kg

TERAPÊUTICA SEGUNDO O PESO CORPORAL		
	Dose mensal	**Dose diária**
Rifampicina	10-20 mg/kg	---
Dapsona	1,5 mg/kg	1,5 mg/kg
Clofazimina	5mg/kg	1 mg/kg

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Hanseníase na Atenção Básica (2015).

Os casos paucibacilares devem tomar 6 cartelas de PQT em 6 (ou até 9) meses e os casos multibacilares devem tomar 12 cartelas em 12 (ou até 18) meses. Na última dose, o paciente deverá ser submetido ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e à avaliação do grau de incapacidade, e receber alta por cura.

Na impossibilidade da utilização desses esquemas deve-se suspender imediatamente o tratamento e encaminhar o paciente para unidades de referência em hanseníase.

4. CASO CLÍNICO

Maria, 25 anos, do lar, é casada, residente e procedente de Sobral – CE. Atualmente, mora em uma casa de dois cômodos com seus três filhos, o marido e a mãe. Procurou o CSF da sua região relatando o aparecimento de uma mancha na região anterior do antebraço direito há cerca de 5 meses, indolor e sem a presença de prurido. Todavia, nas últimas semanas, observou uma diminuição da sensibilidade no local da mancha. Ao exame, é observada lesão eritematosa de aproximadamente 6X5 cm com centro discretamente hipocrômico e bordas mal delimitadas.

No exame dermatoneurológico foram descobertas outras cinco lesões de pele com hipoestesia, além de espessamento dos nervos radiais e ulnares e dor à palpação do membro superior direito. Baciloscopia a partir da coleta de raspado dérmico foi solicitada e seu resultado foi positivo, respaldando o diagnóstico clínico de hanseníase.

Testando seus conhecimentos:

1. **No que se refere ao diagnóstico da hanseníase, é correto afirmar que:**
   a) A baciloscopia positiva é um achado essencial para fechar o diagnóstico de hanseníase
   b) O diagnóstico de hanseníase é clinico e baseado, principalmente, na anamnese do paciente e no exame dermatoneurológico
   c) Deve ser realizada biopsia de toda lesão encontrada em um paciente com suspeita de hanseníase
   d) A sensibilidade tátil é a primeira a ser perdida nas lesões hansênicas
2. **Em relação à prevenção, é necessário rastrear cuidadosamente os contatos intradomiciliares, uma vez que estes fazem parte do grupo mais suscetível a contrair a doença. Em relação à aplicação da vacina BCG, é correto afirmar que:**
   a) É necessário aplica-la em todo e qualquer contato intradomiciliar
   b) Deve-se aplicar duas doses nos indivíduos que não tiverem nenhuma cicatriz de BCG e uma dose nos que tiverem somente uma cicatriz de BCG. Caso o contato já tenha duas cicatrizes da vacina, não é necessária outra aplicação
   c) Deve-se aplicar uma dose nos indivíduos que tiverem uma ou nenhuma cicatriz de BCG. Caso o contato já tenha duas cicatrizes da vacina, não é necessária outra aplicação
   d) É necessário aplicá-la somente em idosos e pessoas imunossuprimidas

3. **Levando em consideração o caso clínico acima, qual seria o tratamento adequado para Maria?**

a) Rifampicina + Dapsona por 6 a 9 meses

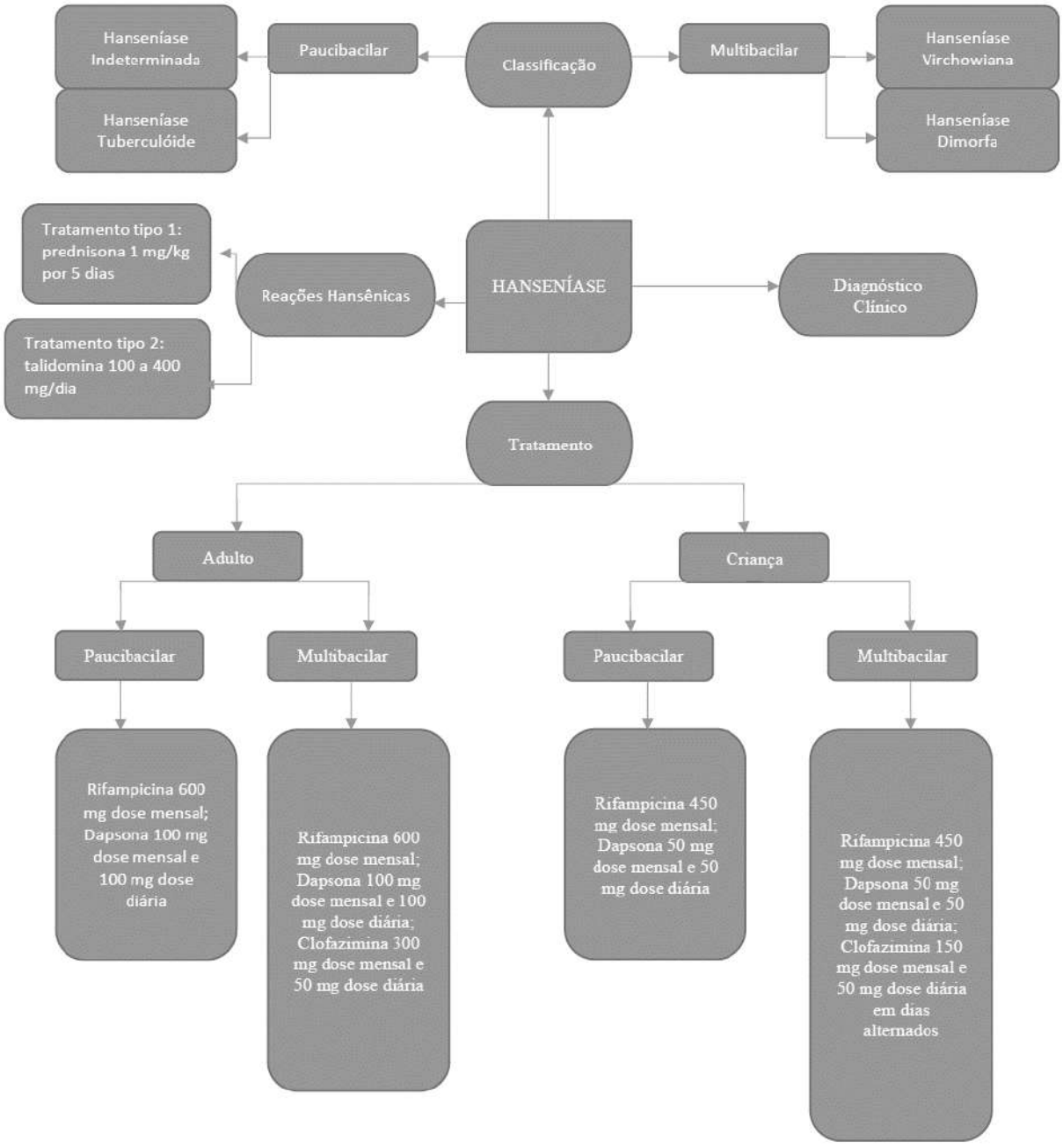
b) Rifampicina + Dapsona por 12 a 18 meses

c) Rifampicina + Dapsona + Clofazimina por 6 a 9 meses

d) Rifampicina + Dapsona + Clofazimina por 12 a 18 meses

Gabarito: 01: B, 02: C, 03: D.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2017. P. 68. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniase.pdf. Acesso em 09.05.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. P. 72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 812. Disponível em:< www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 09.05.2021.

BRASIL: Ministério da saúde. Hanseníase: o que é, causas, sinais e sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniase. Acesso em 04.07.2020.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

LASTÓRIA, Joel Carlos. ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado de. Hanseníase: diagnóstico e tratamento [online]. Diagn Tratamento. [S.L.]: [s.n.], 2012. P. 173-9. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf. Acesso em 04.07.2020.

PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA - PROVAB. Hanseníase na Atenção Básica. Brasília: SE/UNA-SUS. 2015.

SOUSA, Gutembergue Santos de; SILVA, Rodrigo Luis Ferreira da; XAVIER, Marília Brasil. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. Saúde em Debate [online]. [S.L.]: [s.n.], 2017. P. 230-242. v. 41, n. 112 Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201711219. Acesso em 03.07.2020.

UNIDADE VIII

CAPÍTULO XLIII

SAÚDE OFTALMOLÓGICA DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-43

Autor(a): Ivna Vasconcelos de Oliveira
Coautores: Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
João Matheus Girão Uchôa
Júlia Oliveira de Assis
Orientador(a): José Ribamar Fernandes Filho

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento está relacionado a ocorrência de diversas alterações na visão, como redução do campo visual, menor amplitude dos movimentos oculares, dificuldade de acomodação e adaptação ocular, diminuição do diâmetro pupilar, redução do componente gorduroso retro-ocular, reflexos pupilares lentificados e menor capacidade de diferenciar cores.

Apesar disso, muitos idosos não percebem essas alterações visuais, por isso o profissional de saúde da Atenção Básica deve analisar cuidadosamente a acuidade visual desse paciente, estando atento, principalmente, para modificações patológicas, como catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade. Neste capítulo, serão discutidas cada uma dessas condições clínicas de forma particular a fim de evidenciar como o médico pode reconhecer tais doenças durante uma consulta na Atenção Primária.

2. CATARATA

2.1. DEFINIÇÃO

O termo catarata é utilizado para definir a opacificação do cristalino, interferindo na trajetória dos feixes de luz até a retina e, consequentemente, ocasionando redução da visão. Tal condição clínica é a principal causa de cegueira do mundo e é impulsionada por diversos fatores de risco, como:

- Idade elevada

- Predisposição genética
- Exposição à radiação ultravioleta
- Tabagismo
- Diabetes mellitus e outras doenças metabólicas
- Traumas
- Cirurgias intraoculares
- Distúrbios nutricionais
- Inflamação
- Doença ocular
- Uso de alguns medicamentos, como corticoides

A catarata pode ser classificada como imatura, madura, hipermadura ou morganiana. No primeiro caso, o cristalino apresenta opacificação parcial, no segundo, ele está totalmente opaco, no terceiro, ocorre o vazamento de água do cristalino e a contração da cápsula anterior e, no quarto tipo, há o deslocamento inferior do núcleo devido à liquefação do córtex.

2.2. QUADRO CLÍNICO

Os sinais e sintomas da catarata são:

- Opacificação do cristalino
- Redução da acuidade visual
- Visão borrada
- Maior sensibilidade ao brilho e dificuldade de enxergar contra a luz
- Modificações na percepção de cores
- Metamorfopsia
- Visão amarelada em alguns casos

Além desses, existem outros sinais e sintomas que surgem de acordo com o tipo de catarata, que pode ser nuclear, subcapsular ou cortical.

A catarata nuclear é caracterizada pela modificação da cor do cristalino para um tom amarelado, alaranjado ou amarronzado. Em alguns casos, o paciente pode apresentar uma melhora na visão para perto, chamada de “segunda visão”. Vale ressaltar que o idoso pode apresentar diplopia monocular e que a maioria dos casos de catarata nuclear é bilateral.

A catarata subcapsular ocorre quando há a opacificação na região abaixo ao saco capsular. Em muitos casos, o paciente apresenta uma catarata subcapsular posterior, em que

há o comprometimento da interface posterior do cristalino. Nesta condição, o indivíduo sente-se incomodado com grande luminosidade, possui dificuldade em ler e apresenta piora dos sintomas quando a pupila está contraída.

A catarata cortical afeta o córtex do cristalino e é marcada pela presença de opacidade na forma de feixes que saem da região central. O principal sintoma desse tipo de catarata é o ofuscamento, que também é comum na subcapsular posterior. Com a evolução da doença, todo o cristalino pode ficar esbranquiçado e pode ocorrer a liquefação do córtex, fato que promove o deslocamento inferior do núcleo.

2.3. ABORDAGEM CLÍNICA

O diagnóstico de catarata é clínico, devendo o profissional de saúde estar atento para a presença dos sinais e sintomas citados anteriormente. Além disso, o médico deve verificar se o paciente idoso possui fatores de risco, como doença sistêmica, ocorrência de trauma ou realização de cirurgias oculares. Também é importante realizar um exame oftalmológico, avaliando visão para longe e para perto, exame das pupilas e teste do reflexo vermelho. A verificação da acuidade visual pode ser feita por meio da tabela de Snellen ou do cartão de Rosenbaum. A aplicação da fundoscopia é importante para descartar outros problemas de visão, sendo importante ressaltar que a catarata compromete a observação do fundo do olho.

Identificando a presença de catarata, o médico deve referenciar o idoso ao oftalmologista, já que o tratamento para esse problema é a realização de cirurgia para remoção do núcleo e do córtex do cristalino e implantação de uma lente artificial, a lente intraocular (LIO).

3. DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI)

3.1. DEFINIÇÃO

A DMRI é caracterizada pela degeneração da região central da retina, a mácula, e ocorre, geralmente, após 60 anos de idade. Tal condição clínica apresenta alguns fatores de risco, como:

- Idade avançada
- Pele e olhos claros
- Histórico familiar
- Tabagismo

- Hipertensão arterial
- Obesidade

A DMRI pode ser classificada como seca ou úmida. O primeiro tipo é o mais comum, mas a segunda forma apresenta uma evolução rápida de perda de visão.

3.2. QUADRO CLÍNICO

De forma geral, os sinais e sintomas da DMRI são:

- Perda visual
- Metamorfopsia
- Alterações da tela de Amsler
- Escotoma central
- Exsudatos duros
- Drusas
- Alterações no epitélio pigmentar da retina
- Pigmentação anômala
- Edema de retina
- Hemorragias subretinianas e/ou intrarretinianas

No entanto, eles podem estar presentes ou não, dependendo se a DMRI é seca ou úmida.

3.3. ABORDAGEM CLÍNICA

No diagnóstico, o profissional de saúde deve coletar cuidadosamente a história do paciente e verificar se ele apresenta fatores de risco para DMRI. No exame clínico, o médico deve avaliar a acuidade visual do paciente por meio da Tabela de Snellen ou do cartão de Rosenbaum. Além disso, deve verificar se o idoso possui metamorfopsia mediante o uso da Tela de Amsler, pois pessoas que apresentam esse problema enxergam as linhas da tabela de forma distorcida.

Ao suspeitar de DMRI, o profissional de saúde deve encaminhar o paciente a um oftalmologista, o qual poderá realizar uma avaliação clínica mais detalhada para especificar o tipo de DMRI e, consequentemente, aplicar o tratamento adequado.

Vale ressaltar que, de acordo com o Age-Related Eye Disease Study (AREDS), o consumo de certas vitaminas e minerais, como vitamina C, vitamina E, betacaroteno, zinco e óxido cúprico reduzem a progressão de DMRI. Como o betacaroteno pode aumentar o risco

de câncer de pulmão em fumantes ou ex-fumantes, é recomendado trocar essa substância por luteína e zeaxantina.

O profissional de saúde deve manter o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica sob controle nos casos de pacientes que apresentam essas condições clínicas. Além disso, deve recomendar o consumo de vegetais de folhas verdes, o uso de óculos com proteção para radiação ultravioleta e a cessação do consumo de cigarros. Alguns estudiosos também defendem o consumo de peixes gordurosos como uma forma de prevenir DMRI.

4. GLAUCOMA

4.1. DEFINIÇÃO

De forma geral, o termo glaucoma engloba um grupo de transtornos que apresentam, como característica em comum, o fato de serem uma neuropatia óptica potencialmente progressiva que está relacionada à perda do campo visual e que apresenta a pressão intraocular como um fator modificável importante. Vale ressaltar que a pressão intraocular resulta da relação entre produção e drenagem de humor aquoso.

O glaucoma pode ser classificado como primário ou secundário, podendo aquele ser dividido em ângulo aberto, ângulo fechado ou pressão normal. Já o secundário é aquele ocasionado por outra condição cínica, existindo, portanto, diversos tipos, como pseudoesfoliativo, pigmentar ou neovascular. O tipo de glaucoma mais comum é o primário de ângulo aberto.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de glaucoma dependem da sua classificação, porém, de um modo geral, são:

- Idade avançada
- Pele negra
- Histórico familiar
- Diabetes mellitus
- Hipertensão ou hipotensão
- Miopia
- Trauma ocular
- Cirurgia ocular prévia

4.2. QUADRO CLÍNICO

A maioria dos pacientes com glaucoma são assintomáticos, surgindo os sinais e sintomas à medida que a doença evolui. Quanto a isso, o quadro clínico de glaucoma varia de acordo com o tipo que o idoso possui. No glaucoma primário de ângulo aberto, podem ocorrer perda da visão periférica, presença de visão tubular e perda da fixação central. Já o quadro clínico de glaucoma de pressão normal é semelhante ao anterior, diferenciando-se por não apresentar uma pressão intraocular elevada como a de glaucoma primário de ângulo aberto. No glaucoma primário de ângulo fechado, podem ocorrer visão borrada, cefaleias, dor ocular, surgimento de halos coloridos e redução da visão.

4.3. ABORDAGEM CLÍNICA

Na Atenção Primária, o profissional de saúde deve coletar a história do paciente, questionando se o idoso possui miopia, hipertensão ou hipotensão, histórico familiar de problemas oculares ocasionados por glaucoma ou algum outro fator de risco, como realização de cirurgias oculares ou ocorrência de traumas. Além disso, o médico deve verificar a acuidade visual do paciente, que, possivelmente, estará normal, exceto em estágios avançados da doença. Também é interessante que profissional de saúde verifique as pupilas dos pacientes e a sua capacidade de enxergar cores a fim de descartar a suspeita de outras doenças. É recomendado que o profissional de saúde realize fundoscopia, analisando, principalmente, o nervo ótico, pois alterações nessa estrutura aumentam a suspeita de glaucoma. Acrescenta-se que o médico também pode avaliar o tamanho da escavação do disco ótico, que é verificada por meio da relação entre diâmetro da escavação e diâmetro do disco óptico (E/D). Acerca disso, uma escavação entre 0,6 e 0,7 é considerada possivelmente anormal e uma diferença maior que 0,2 entre a escavação do olho direito e a do esquerdo pode ser indicativa de alteração glaucomatosa.

A partir da suspeita de glaucoma, o médico deve encaminhar o idoso a um oftalmologista, o qual poderá confirmar a suspeita clínica e indicar o tratamento adequado. Quanto a isso, a abordagem terapêutica de glaucoma visa reduzir a pressão intraocular do paciente, devendo, portanto, ser calculada de forma individualizada. A título de informação, cabe citar que o tratamento pode ser efetuado por meio de medicamentos, trabeculoplastia a laser ou cirurgia, como trabeculectomia, aplicação de implantes de drenagem ou procedimentos ciclodestrutivos. Os fármacos que geralmente são utilizados são agonistas

seletivos do receptor alfa-2 (ex. brimonidina), miótico (ex. pilocarpina), derivados de prostaglandina, beta-bloqueadores (ex. timolol), inibidores da anidrase carbônica tópicos ou sistêmicos e simpaticomiméticos. Se o paciente apresentar glaucoma de ângulo fechado, deve-se evitar o uso de medicamentos anticolinérgicos.

Por fim, vale ressaltar que o profissional de saúde da Atenção Primária, em parceria com o paciente, deve buscar manter sob controle as doenças vasculares sistêmicas, como diabetes mellitus e hipertensão.

5. CASO CLÍNICO

J.S.S., 72 anos, sexo masculino, católico, caucasiano, aposentado, casado, natural de Recife e procedente de Sobral. Relata que visão reduziu nos últimos 7 meses e que está borrada, tendo dificuldade em ler e em assistir televisão. Afirma que apresenta cefaleias e dores oculares constantes. O paciente possui hipertensão arterial sistêmica e cessou o tratamento com Enalapril 20mg e Hidroclorotiazida 25mg há 11 meses por conta própria. Relata ter diabetes mellitus tipo 2 controlada com o uso de Metformina 500mg. Nega dislipidemia, tabagismo e etilismo. Mora com a esposa, com uma filha e duas netas. Na consulta, paciente apresenta pressão arterial de 160x90 mmHg. Por meio da fundocospia, foi possível observar alterações significativas no nervo ótico e uma escavação de cerca de 0,7 no disco ótico. Não foi identificada opacificação do cristalino por meio do teste do reflexo vermelho. Paciente não relatou distorções graves ao visualizar a Tela de Amsler.

QUESTÕES

1. **Qual é o possível diagnóstico para a condição do paciente?**
   a) Catarata
   b) Retinopatia diabética
   c) Astigmatismo
   d) Glaucoma
   e) DMRI
2. **A escavação do disco ótico percebida pelo médico pode ser considerada anormal?**
   a) Sim, pois é anormal a partir de 0,5.
   b) Sim, pois é anormal a partir de 0,6.

c) Não, pois só é anormal acima de 0,8.

d) Não, pois só é anormal abaixo de 0,6.

e) Não, pois só é anormal entre 0,5 e 0,6.

3. Qual abordagem terapêutica pode ser eficaz para esse paciente?

a) Realizar cirurgia para implantação de lente intraocular (LIO).

b) Realizar suplementação de vitaminas e minerais, como betacaroteno, vitamina C e zinco.

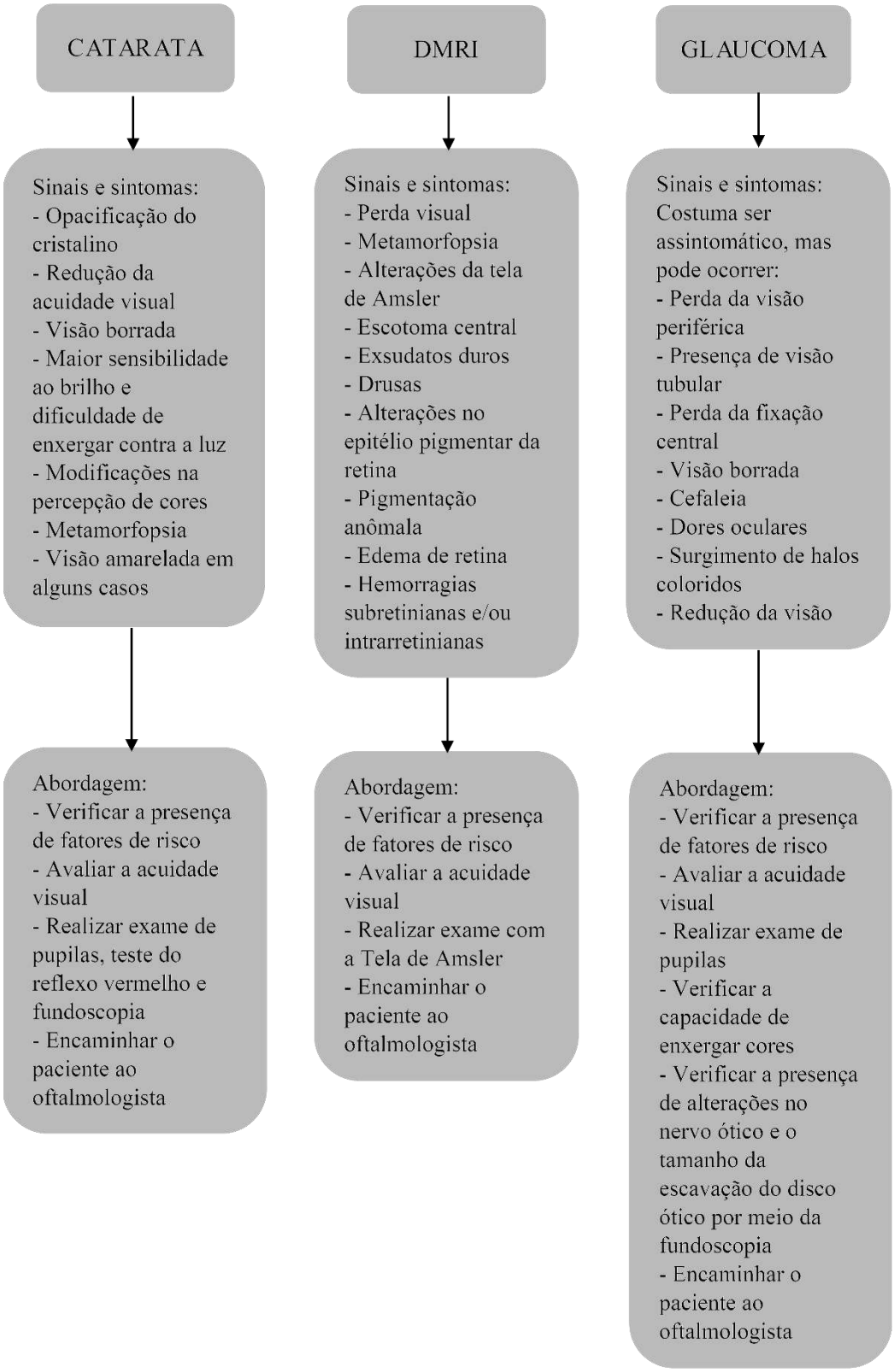
c) Realizar cirurgia refrativa.

d) Realizar cirurgia de transplante de córnea.

e) Realizar tratamento por meio de medicamentos, trabeculoplastia a laser ou procedimentos cirúrgicos.

Gabarito: 1. D, 2. B, 3. E.

FLUXOGRAMA


CATARATA
Sinais e sintomas:
- Opacificação do cristalino
- Redução da acuidade visual
- Visão borrada
- Maior sensibilidade ao brilho e dificuldade de enxergar contra a luz
- Modificações na percepção de cores
- Metamorfopsia
- Visão amarelada em alguns casos
Abordagem:
- Verificar a presença de fatores de risco
- Avaliar a acuidade visual
- Realizar exame de pupilas, teste do reflexo vermelho e fundoscopia
- Encaminhar o paciente ao oftalmologista
DMRI
Sinais e sintomas:
- Perda visual
- Metamorfopsia
- Alterações da tela de Amsler
- Escotoma central
- Exsudatos duros
- Drusas
- Alterações no epitélio pigmentar da retina
- Pigmentação anômala
- Edema de retina
- Hemorragias subretinianas e/ou intrarretinianas
Abordagem:
- Verificar a presença de fatores de risco
- Avaliar a acuidade visual
- Realizar exame com a Tela de Amsler
- Encaminhar o paciente ao oftalmologista
GLAUCOMA
Sinais e sintomas:
Costuma ser assintomático, mas pode ocorrer:
- Perda da visão periférica
- Presença de visão tubular
- Perda da fixação central
- Visão borrada
- Cefaleia
- Dores oculares
- Surgimento de halos coloridos
- Redução da visão
Abordagem:
- Verificar a presença de fatores de risco
- Avaliar a acuidade visual
- Realizar exame de pupilas
- Verificar a capacidade de enxergar cores
- Verificar a presença de alterações no nervo ótico e o tamanho da escavação do disco ótico por meio da fundoscopia
- Encaminhar o paciente ao oftalmologista

REFERÊNCIAS

BOWLING, Brad. Kanski oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GERSTENBLITH, Adam T.; RABINOWITZ, Michael P. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital: diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

MOLINARI, Luiz Carlos; BOTEON, Joel Edmur. Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2016.

RAIZA, Ana Carolina Paquini; TAKAHASHI, Walter Yukihiko; JÚNIOR, Remo Susanna. Perda visual crônica. Apostila de Oftalmologia USP. (São Paulo): [s.n.]. p. 148-182.

WEINREB, Robert N.; AUNG, Tin; MEDEIROS, Felipe A. The pathophysiology and treatment of glaucoma. JAMA. [S.L.]: [s.n.], 2014. p. 1901-11, v. 311, n. 18. Disponível em:<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.2014.3192>. Acesso em: 30.11.2020.

CAPÍTULO XLIV

OCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA – ADULTOS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-44

Autor(a): Maria Edwigis Fontenele Oliveira
Coautores: Letícia Freitas de Mesquita
Mateus Rodrigues de Aguiar
Victor Carneiro de Souza
Orientador(a): José Ribamar Fernandes Filho

1. CONJUNTIVITES

1.1. INTRODUÇÃO

A conjuntivite consiste em uma inflamação, geralmente, da conjuntiva, podendo ser tanto autolimitada quanto com acometimento da córnea - causando perda permanente da visão ou morbidade ocular prolongada.

Ressalta-se que essa doença ocorre em qualquer faixa etária, etnia e sexo, podendo ser classificada pelo tempo de início de sintomas, pelo agente causal ou de acordo com as alterações palpebrais.

De acordo com tal divisão, a conjuntivite classificada pelo tempo de sintomas pode ser hiperaguda (menos de 12 horas), aguda (menos de 3 semanas), crônica (mais de 3 semanas) e neonatal (até 28 dias de vida).

Já pelo agente causal, as principais são: infecciosa, bacteriana (Staphylococcus aureus em todas as faixas etárias, já o Streptococcus pneumoniae e Hemophilus influenza são os mais comuns em crianças), viral (O adenovírus dos tipos 3, 4 e 7 são os mais comuns), clamídia, alérgica, irritativa, tóxica, relacionada a alterações palpebrais e relacionadas a doenças sistêmicas (como síndrome de Sjöegren, doença de Graves, Síndrome de Reiter, Penfigóide e Psoríase).

Ademais, outra divisão observada para a conjuntivite é pelo tipo de resposta conjuntival, sendo, no caso, classificada em papilar, folicular, membranosa, cicatricial, granulomatosa e flictenular.

Por fim, considera-se a lateralidade: unilateral (quando apenas um olho é afetado) ou bilateral. Com um paciente com conjuntivite deve-se avaliar o tempo de início dos sinais e sintomas, se apresenta manifestações sistêmica, uso de lente de contato e uso de medicação tópica ocular.

Em geral, a conjuntivite é uma condição benigna e autolimitada, sendo a de etiologia viral a principal causa dos casos presentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) e cabe ao médico perceber as diferentes manifestações, tratar ou encaminhar o paciente parar uma unidade especializada.

1.2. CONJUNTIVITE VIRAL

O principal agente etiológico da conjuntivite viral é o adenovírus viral (um vírus de DNA de cadeia dupla sem envelope). Está presente em 90% dos casos e possui um período de incubação de 5-12 dia, além disso, apresenta uma infecção autolimitada.

É uma doença com uma alta possibilidade de contágio e pode ser transmitida através do contato direto objetos e superfícies contaminadas e secreções. Sua apresentação pode variar de uma doença leve para uma inflamação grave.

Febre faringoconjuntival (FFC): Causada por adenovírus dos tipos 3, 4 e 7, o contagio ocorre por gotículas do paciente com infecção do trato respiratório superior. Nesse acometimento o paciente pode apresentar ceratite, faringite e febre, além de linfadenopatia pré-auricular – acometimento bastante comum em crianças.

Ceratoconjuntivite epidêmica (CCE): Causada principalmente pelos sorotipos 8, 19 e 37 do adenovírus e apresenta infecção adenoviral ocular grave. Um conjunto de sinais podem estar presentes, por exemplo: hiperemia conjuntival, quemose e lacrimejamento bilateral. Em 80% dos casos, o paciente pode apresentar ceratite e fotofobia.

Conjuntivite pelo herpes simples: Representa a forma mais rara de conjuntivite viral, relacionada com a infecção primária pelo herpes simples. Apresenta-se geralmente unilateral. Alguns sinais como vesículas herpéticas na pálpebra e nas margens, edema palpebral e ceratite com formação de dendritos podem ser encontrados.

1.3. QUADRO CLÍNICO

Nos sintomas da conjuntivite viral, tem-se prurido, sensação de corpo estranho (areia, por exemplo), lacrimejamento e, muitas vezes, sucedendo uma infecção das vias aéreas

superiores (IVAS) ou proximidade com alguma pessoa que estava com IVAS. Comumente, inicia unilateralmente e afeta o outro olho após alguns dias.

Já nos sinais, observam-se linfonodos pré-auriculares palpáveis e dolorosos, folículos conjuntivais na pálpebra (além destas poderem estar edemaciadas e avermelhadas), presença de membrana/pseudomembrana, saída de secreção aquosa (não purulenta), hemorragias subconjuntivais puntiformes e ceratopatia punctata. Além disso, microcistos intraepiteliais são úteis no diagnóstico porque surgem precocemente na córnea. Por outro lado, infiltrados subepiteliais podem demorar semanas para aparecerem.

1.4. MANEJO OU CONDUTA

O diagnóstico é essencialmente clínico, e o tratamento da conjuntivite começa na conversação com o paciente – momento para se tirar dúvidas e orientar acerca da melhor abordagem dependendo do tipo de conjuntivite.

É importante explicar para o paciente que a conjuntivite se trata de uma condição autolimitada e que pode apresentar uma piora significativa nos primeiros dias. A resolução pode ocorrer espontaneamente, geralmente, entre 2 a 3 semanas.

Orientar sobre o alto risco de transmissão presente na conjuntivite viral, incentivando que o paciente adote hábitos higiênicos com mais frequência, por exemplo, lavar as mãos com cuidado, evitar esfregar os olhos, evitar o cumprimento com apertos de mãos, não compartilhar toalhas e permanecer em casa enquanto houver secreção e vermelhidão nos olhos.

Além disso, o paciente deve evitar o uso de lentes de contato até a melhora dos sintomas, utilizar lágrimas artificiais sem conservante quatro vezes ao dia para tentativa de diminuir os sintomas. Usar compressas frias ou mornas várias vezes ao dia para alívio sintomático.

Alguns corticoides podem ser utilizados no tratamento da conjuntivite viral (por exemplo: uso de Prednisolona a 0,5%, 4x/dia) principalmente em casos conjuntivite por adenovírus membranosa ou pseudomembranosa grave. Corticoides tópicos mais fracos podem ser usados para suprimir a inflamação em casos de pacientes com ceratite sintomática. Colírios anti-histamínicos e os vasoconstritores, podem ser usados para melhora do prurido intenso. Pode-se lançar mão de antibióticos tópicos caso haja infecção bacteriana secundária. Importante manter a monitoração da pressão ocular quando o tratamento for prolongado.

No caso de adenovírus, o agente mais comum, a iodopovidona apresenta bastante eficácia contra o vírus livre, apesar de menos contra o intracelular, sendo uma opção para reduzir a infecciosidade. Por fim, recomenda-se a retirada cautelosa de pseudomembranas, ou membranas com sintomas relevantes, na conjuntivite viral.

2. TRAUMA OCULAR

2.1. INTRODUÇÃO

O trauma ocular é um assunto de grande importância na atenção primária, visto que os profissionais de saúde devem estar sempre preparados para oferecer os primeiros cuidados para os pacientes vítimas de tais episódios. O tratamento inicial pode ser o diferencial para evitar complicações na lesão apresentada.

Os traumas podem variar de localização - podem estar presentes na órbita, no globo ocular, pálpebras, conjuntivas, vias lacrimais e nervo óptico. A anamnese deve ser precisa, contendo todos os detalhes sobre como ocorreu o trauma, além de abordar algum tratamento prévio que tenha sido realizado e especificar detalhes sobre o objeto que atingiu o olho (caso tenha havido algum).

Na atenção primária, é comum o paciente chegar com diversos tipos de traumas, sendo os mais comuns: traumas perfurantes ou penetrantes, traumas contusos, traumas químicos, além da presença de corpo estranho – inclusa neste capítulo. Em todos as situações, faz-se importante, após o atendimento inicial, encaminhar o paciente com urgência para uma Unidade Especializada de Oftalmologia.

2.2. QUADRO CLÍNICO

Trauma perfurante ou penetrante: Caracteriza-se por qualquer lesão que atravesse o olho diretamente, causando ferimentos tanto externos quanto internos. Apresenta como as causas mais comuns: assalto, acidentes domésticos/ocupacionais e esportes.

Nesse tipo de trauma, alguns sinais apresentados pelo paciente podem vir a ocorrer, por exemplo, diminuição da tonicidade do olho, lacerações na córnea, assimetria na profundidade da câmara, expulsão da íris ou da coroide, lesões na esclera ou deslocamento da retina.

Trauma contuso: É uma lesão fechada que pode ocorrer no local do trauma ou distante dele. Com relação ao tamanho da lesão ocular, esta vai depender da gravidade do traumatismo, podendo se concentrar no segmento anterior ou posterior do olho.

O paciente pode apresentar diversas manifestações, tais como:

- Hemorragia subconjuntival ou hiposfagma;
- Fratura orbitária - pode ser encontrada com o paciente refere dor à palpação do rebordo, enoftalmo, alteração da motilidade, diplopia, hematoma periocular, enfisema subcutâneo com crepitação e epistaxe;
- Lesões de córnea e pupila;
- Uveíte traumática;
- Hifema traumático.

Trauma químico: Os traumas químicos ocorrem, em sua maioria, de forma acidental no trabalho ou em casa. Além disso, agressões químicas, ou seja, a ação de agredir alguém usando para isso meios químicos, também acontecem.

Algumas características - como o tipo de agente químico, a área afetada e o tempo de exposição - fazem-se fundamentais para descobrir a gravidade da lesão e determinar se a mesma é leve ou tem potencial de causar cegueira.

Na atenção primária, a maioria dos casos de trauma químico apresentados são traumas causados por álcalis e ácidos. Isso ocorre pela facilidade de acesso a esses materiais em casa, por exemplo, detergentes, ácido muriático, soda caustica, solventes, amônia, dentre outros produtos domésticos alcalinos. Ademais, pacientes que trabalham em indústrias também estão sujeitos a acidentes com cáusticos, solventes, cal e cimento.

Nas lesões por álcali, o dano alcança estruturas mais profundas e produz ferimentos mais graves. Isso ocorre devido ao aumento do pH dos tecidos e degradação das células, facilitando a penetração das soluções alcalinas.

Já em lesões por ácido, os danos tendem a ser menores pelo fato de existir uma coagulação das proteínas de superfície, formando uma barreira de proteção e evitando uma e penetração mais profunda na câmara anterior.

A queimadura térmica - que consiste em uma queimadura direta do globo ocular – apesar de rara, também pode ocorrer. Outro caso que pode ser comum na atenção primária são as queimaduras fotoelétricas, que ocorrem quando existe uma exposição prolongada e

sem proteção ao sol ou a solda elétrica. Nesse último caso, a condição é geralmente autolimitada e a córnea pode ter seu epitélio reestabelecido em 24 horas.

Corpo estranho: O corpo estranho pode estar presente na conjuntiva ou na córnea. O paciente apresenta sintomas como: sensação de corpo estranho, lacrimejamento e, provavelmente, um histórico de trauma. Alguns sinais como: edema e eritema também podem ser observados

O corpo estranho presente na conjuntiva pode ser observado no exame à lâmpada de fenda ou a olho nu. É indicado subverter a pálpebra superior para observar o tarso em possível presença de corpo estranho. Após tal procedimento, deve-se fazer uma irrigação copiosa da região.

Em casos de corpo estranho presente na córnea - causa bastante comum de referenciamento para unidade especializada - o paciente refere irritação ocular, além de uma possível uveíte secundária com miose irritativa e fotofobia.

2.3. MANEJO OU CONDUTA

O médico da atenção primária terá como principal função avaliar a gravidade do trauma do paciente e, na maioria dos casos, referenciá-lo para uma unidade de oftalmologia especializada.

Ainda assim, alguns cuidados devem ser postos em prática já na primeira consulta, por exemplo: tentar manter o paciente calmo; solicitar que o paciente evite movimentos exagerados e mantenha os olhos fechados em casos de tosse ou espirros; realizar uma anamnese detalhada com informações sobre o trauma e sobre o paciente; usar anestésico ocular para realização de exame do olho e aferir a acuidade visual de cada olho; e não forçar a abertura do olho em casos de ferimento perfurante.

Em caso de traumas perfurantes, é válido utilizar analgésicos para tratar a dor do paciente e antibiótico sistêmico (IV/ IM ou oral) para profilaxia de tétano. Nesses casos, também se recomenda evitar utilizar pomada oftálmica em lesão aberta do globo ocular, evitar fazer curativo compressivo, além de não aplicar medicação tópica ou fazer limpeza do olho acometido.

Já nos traumas químicos, a orientação é utilizar colírio anestésico, fazer a lavagem com soro ou ringer lactato (3 litros por 30 minutos, retirar possíveis estruturas que tenham, por acaso, se formado). Na primeira semana de tratamento, o paciente deve usar colírio

lubrificante e pomada que contenha antibiótico e corticoide (Ciprofloxacina + Dexametasona, por exemplo). Alguns estudos apontam que o uso da Vitamina C em altas doses pode ajudar na cicatrização, lembrando de, nesse caso observar a função renal do paciente.

Após uma semana de tratamento, caso a cicatrização não esteja completa, é indicado suspender o corticoide por via tópica e continuá-lo por via oral.

Nos casos de presença de corpo estranho conjuntival, orienta-se a realizar a retirada do objeto de acordo com os passos citados na lista abaixo:

i. Aplicar de uma a duas gotas de anestésico tópico e uma gota de fluoresceína para observar possíveis abrasões finas,
ii. Realizar a subversão da pálpebra superior, expor a conjuntiva tarsal superior e tentar visualizar o corpo estranho,
iii. Efetivar a retirada do corpo estranho, se houver, fazendo movimentos suaves com um cotonete úmido,
iv. Verificar novamente o olho do paciente com uma lanterna a fim de procurar outros corpos estranhos presentes.
v. Orientar que o paciente olhe para cima para que a pálpebra retorne à sua posição normal,
vi. Executar a aplicação de colírio e pomada antibacteriana – em casos de abrasão de córnea,
vii. Colocar um curativo sobre o olho acometido e orientar que o paciente retorne à unidade de saúde após 24 horas, caso haja dor.

Se o paciente se apresenta na Unidade Básica de Saúde com queixas de corpo estranho na córnea, o médico deve realizar o primeiro atendimento seguindo os passos orientados abaixo:

i. Aplicar colírio anestésico e irrigar solução salina no olho acometido,
ii. Orientar ao paciente que mantenha um olhar fixo para frente, elevar a pálpebra superior com as pontas dos seus dedos e realizar a remoção do corpo estranho com o auxílio de um cotonete úmido em solução fisiológica.

3. RETINOPATIA DIABÉTICA

3.1. INTRODUÇÃO

Segundo a Federação Internacional de Diabetes, em 2017 estimou-se que 442,9 milhões de pessoas, entre 20 a 79 anos, vivia com Diabetes Mellitus. Apresentou ainda, uma projeção dos próximos anos onde levando em consideração as tendências atuais, em 2045 o número de pessoas com Diabetes Mellitus poderá ser superior a 628,6 milhões.

A Retinopatia diabética (RD) pode estar presente na maioria dos portadores de Diabetes Mellitus, sua prevalência está relacionada com o tempo de duração da doença. Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 estão mais propensos a adquirir RD após alguns anos depois do diagnóstico de Diabetes. No caso dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, a RD apresenta-se já no momento do diagnóstico.

Nesse contexto, sabe-se que existem alguns fatores de risco que o médico da atenção primária precisa reconhecer e avaliar junto com o seu paciente, estando os mais importantes citados abaixo:

i. Diabetes Mellitus não controlado,
ii. Presença de comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica,
iii. Hipercolesterolemia,
iv. Tabagismo,
v. Presença de nefropatia grave.

Apesar de ser a principal causa de cegueira na população economicamente ativa dos países desenvolvidos, a retinopatia diabética pode ter seu desenvolvimento retardado quando ocorre um rigoroso controle glicêmico por parte do paciente, principalmente quando esse controle acontece de forma precoce.

3.2. QUADRO CLÍNICO

A retinopatia diabética é classificada em não proliferativa e proliferativa.

A retinopatia diabética não proliferativa é caracterizada como uma microangiopatia progressiva, com presença de lesões e oclusões dos pequenos vasos.

O paciente apresenta algumas alterações intraretinianas como: micro aneurismas, hemorragias em chama de vela, mudanças na permeabilidade vascular facilitando um extravasamento de fluido e de plasma para a retina causando espessamento.

A maculopatia diabética é o principal causador de baixa acuidade visual nos pacientes diabéticos tipo 2. Alguns vazamentos capilares extensos vão formar um edema retiniano difuso, enquanto o vazamento focal dos microaneurismas causa o edema localizado.

A forma grave de retinopatia diabética não proliferativa caracteriza-se por manchas algodonosas, rosários venosos e anormalidades microvasculares intrarretinianas.

A retinopatia diabética proliferativa ocorre após a retinopatia diabética não progressiva, caracteriza- se pela formação de neovaos que crescem da retina ou do nervo óptico em direção à cavidade vítrea, causando hemorragia vítrea.

A forma proliferativa está frequentemente relacionada com a isquemia retiniana difusa, causando em alguns casos, cegueira irreversível. Estima-se que pacientes com retinopatia proliferativa não tratada possuem chance de 50% de evoluir com cegueira em 5 anos.

O risco de cegueira pela retinopatia diabética pode ser reduzido em menos de 5% quando o paciente tem um diagnóstico precoce e realiza o tratamento, antes que alterações irreversíveis aconteçam.

3.3. MANEJO OU CONDUTA

O médico da atenção primária deve observar seus pacientes portadores de Diabetes Mellitus e orientá-los acerca de atitudes importantes para prevenção da retinopatia diabética.

Todos os pacientes com Diabetes Mellitus devem fazer exames de fundo de olho anualmente. É importante salientar que pacientes com DM1 devem realizar o primeiro exame 5 anos após diagnóstico sistêmico, enquanto pacientes com DM2 devem realizar logo após ao diagnóstico sistêmico.

Além disso, é de extrema importância que o paciente tenha controle da diabete, da hipertensão arterial sistêmica e da hiperlipidemia. Outros fatores como a interrupção do tabagismo, controle da anemia e insuficiência renal devem ser avaliados quando necessário.

Ademais, quando o paciente apresentar retinopatia diabética grave, deve ser encaminhado para um centro especializado oftalmológico de referência, tendo-se em vista que, nesses casos, um controle mais rígido se faz necessário.

Vamos praticar?

4. CASO CLÍNICO

Homem de 31 anos, mecânico, apresenta-se à emergência com lesão ocular / facial após acidente no trabalho. Ele estava trabalhando, sob o capô, no motor de um carro quando a bateria explodiu e espirrou em seu rosto.

Ele imediatamente sentiu dor no olho esquerdo (OE) e na pele ao redor, caracterizando a dor como do tipo ardente e de intensidade 10/10. Ele também está apresentando fotofobia e dificuldade para abrir o olho esquerdo. O olho direito (OD) não está ferido, assim como ele não tem outros ferimentos.

Imediatamente após a lesão, ele enxaguou os olhos com água corrente no trabalho e foi levado com urgência ao pronto-socorro mais próximo. Após a chegada, foi iniciada a irrigação dos olhos com Ringer Lactato.

- História Ocular Prévia: nenhuma cirurgia ocular anterior, trauma, ambliopia ou estrabismo.
- Medicamentos: nenhum medicamento.
- Histórico médico: não relata.
- História Cirúrgica: nega cirurgias anteriores.
- História Ocular Familiar Prévia: negativo para degeneração macular, glaucoma ou cegueira.
- Hábitos:5-10 bebidas por semana, não fumante
- Alergias: penicilina - urticária
- Interrogatório por Sistemas: nega doença recente ou quaisquer sintomas do sistema nervoso central, coração, pulmão, trato gastrointerstinal, pele ou articulações.

Tabela 1: Exame ocular

Acuidade Visual	OD: 20/20 OE: 20/200
Tonometria	OD: 13mmHg OE: 16 mmHg
Pupilas	OD: redonda e reativa OE: visão nebulosa da câmara anterior
Movimentos Extraoculares	Preservados. Sem nistagmo
Campo Visual	OD: preservado, inclusive na contagem da quantidade de dedos OE: grosseiramente preservado, mas com respostas inconsistentes
Pele Adjacente	OD: normal OE: pele eritematosa e escoriada

Fonte – Adaptado de Ophthalmology and Visual Sciences - Medical College of Wisconsin.

01. Ao avaliar inicialmente uma pessoa cujo olho, ou olhos, foram expostos a uma substância química, o que deve ser feito primeiro?

a) Obter uma boa história para ajudar a determinar que tipo de substância tem no olho.
b) Verificar a visão, pressão e fazer um exame de lâmpada de fenda para determinar a extensão dos danos causados pela substância.
c) Começar a irrigação ocular imediatamente.
d) Fornecer ao paciente alguns analgésicos orais para que ele se sinta mais confortável e possa ser submetido a uma avaliação ocular.

02. Qual das substâncias abaixo pode causar a queimadura química ocular de maior gravidade?

a) Suco de limão
b) Soda cáustica
c) Ácido de bateria
d) Spray de pimenta
e) Vinagre

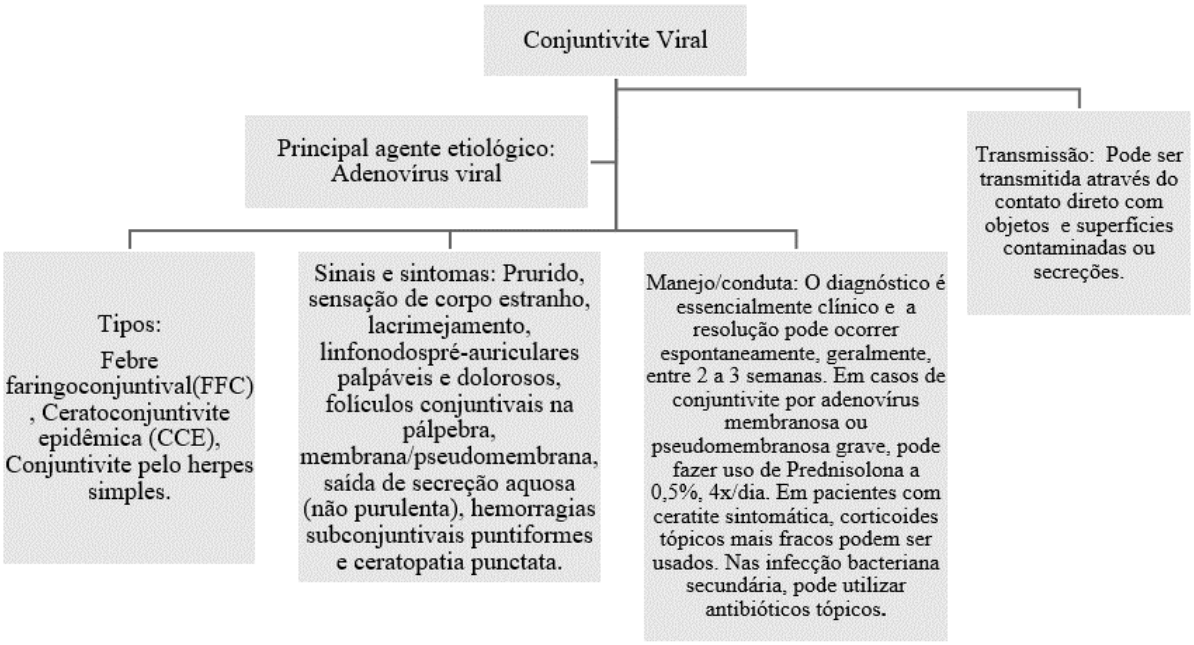
03. Qual das medicações abaixo pode ser utilizada em queimaduras oculares químicas, mas deve ser feita com cuidado em pacientes com função renal comprometida?

a) Corticoide tópico
b) Lágrima artificial
c) Antibiótico tópico
d) Vitamina C
e) Ringer Lactato

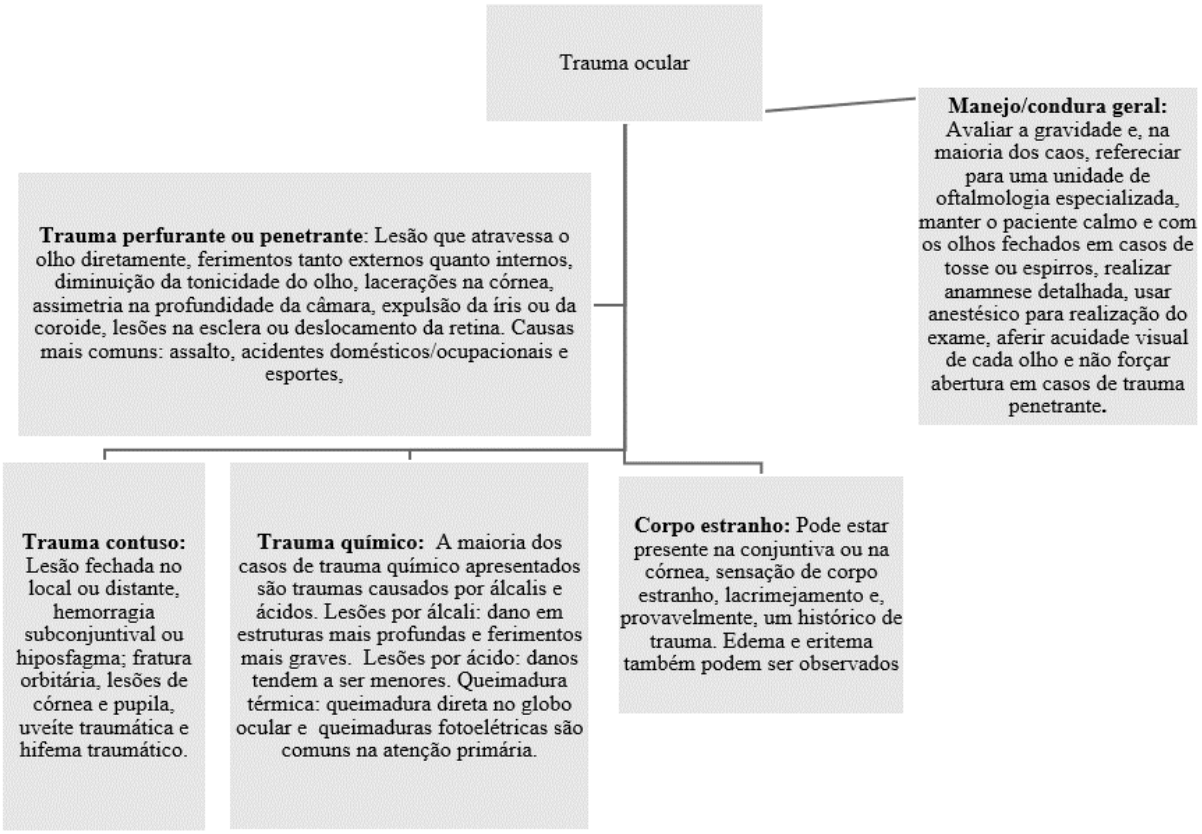
Gabarito: 1C, 2B, 3D.

FLUXOGRAMAS

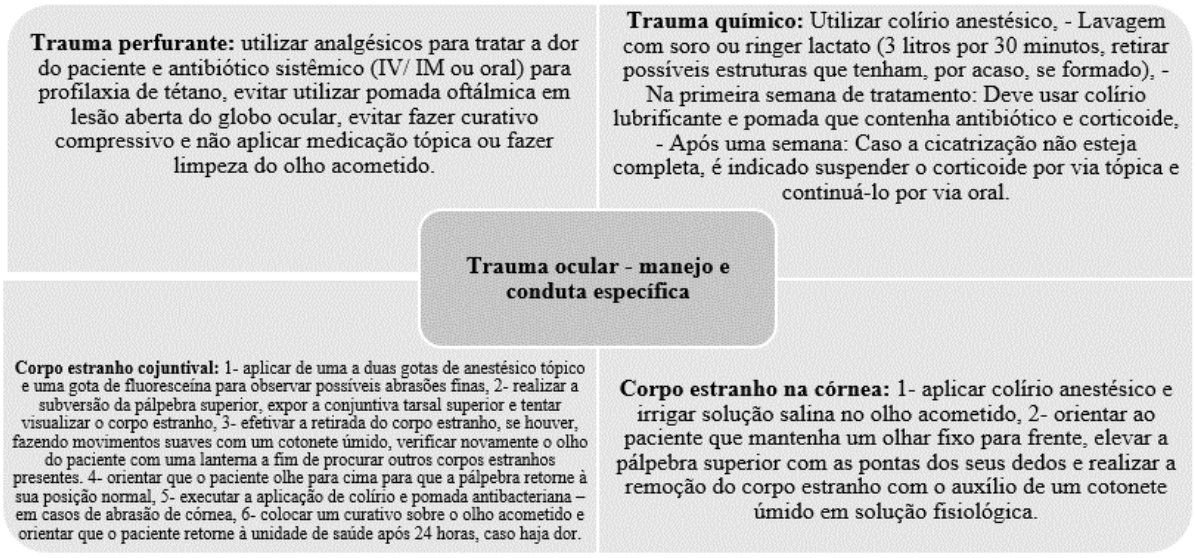
Fluxograma 1: Conjuntivite viral



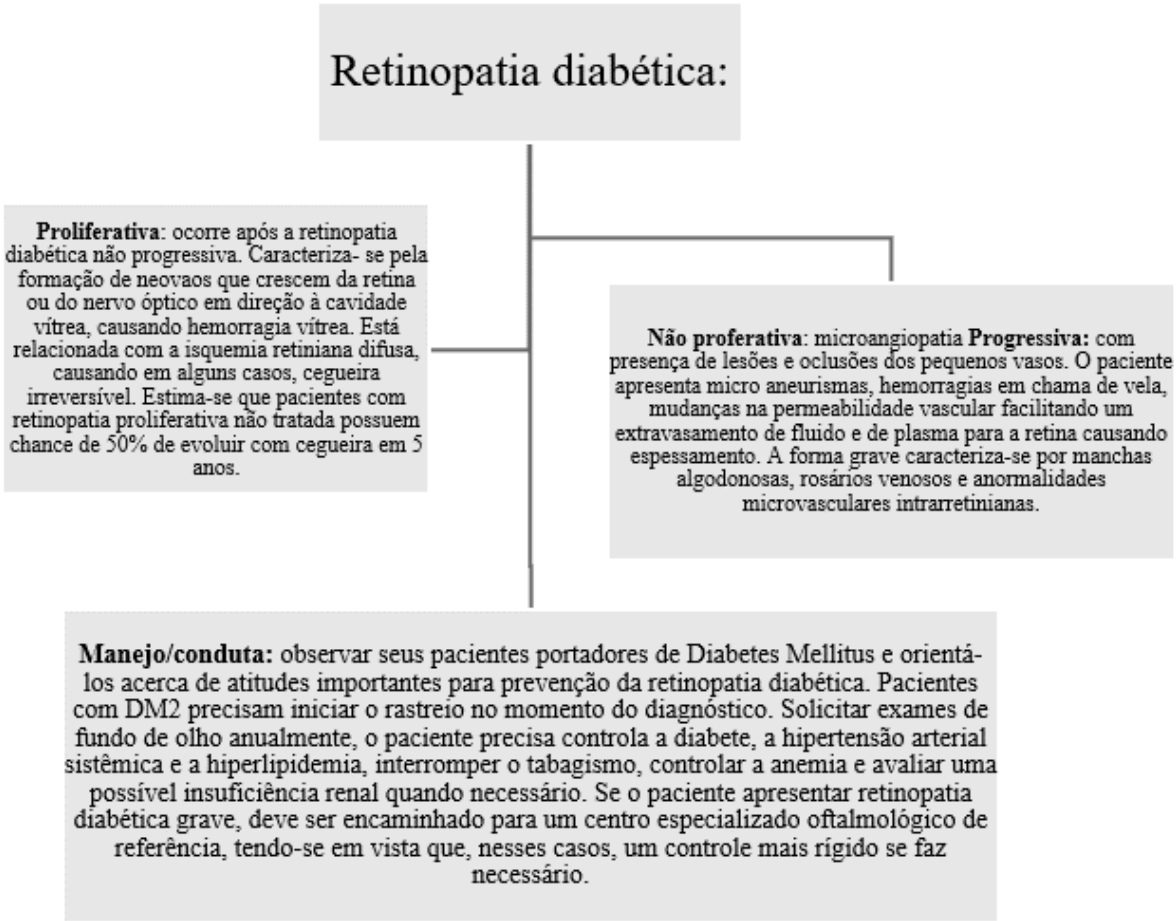
Fluxograma 2: Trauma ocular



Fluxograma 3: Trauma ocular – manejo e conduta específica.



Fluxograma 4: Retinopatia diabética



Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS:

APOSTILA DE OFTALMOLOGIA USP. São Paulo, 2016. Cap. 8.

BECHARA, S.J.; GARCIA, I.A.; KOBIMGER, E. Uso simultâneo de acetil-cisteína e vitamina "C" na terapêutica das queimaduras corneanas por álcali. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. [S.L.]: [s.n.], 1986. P.109-11.

BICAS, Harley E. A.; FREITAS, Dra. Denise de; BEFFORT JR., Rubens. Conjuntivites. Arq. Bras. Oftalmol. São Paulo: [s.n.], 1992. p. 196-205 . v. 55, n. 5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27491992000500196&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06.12.2020.

BOWLING, Brad; KANSKI, Jack J. Kanski Oftalmologia Clínica: Uma abordagem sistêmica. [S.L]: Elsevier, 2016.

GERSTENBLITH, A.T.; RABINOWITZ, M. P. Manual de Doenças Oculares do Wills Eye Hospital: diagnósticoe tratamento no consultório e na emergência. 6. ed. São Paulo: Artmed, 2015.

MEDICAL COLLEGE OF WISCONSIN. Ophthalmology and Visual Sciences - Ophthalmic Case Study 11. Disponível em: www.mcw.edu/departments/ophthalmology-eye-institute/education/ophthalmic-case-studies/ophthalmic-case-study-11. Acesso em: 06.12.2020.

MOLINARI, Luiz Carlos et al. Oftalmologia na atenção básica à saúde. [S.L.]: [s.n.], 2016.

SILVA, Jailton Vieira et al. Conjuntivites agudas. [S.L.]: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.ligadeoftalmo.ufc.br/arquivos/ed_-_conjuntivites_agudas.pdf>. Acesso em: 06.12.2020.

CAPÍTULO XLV

OCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS NA INFÂNCIA

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-45

Autor(a): Davisson Lopes da Costa
Coautores: Hellen Gomes Fernandes
Naíse Lima Mourão Soares
Yasmin Saboia Moreira
Orientador(a): José Ribamar Fernandes Filho

1. TESTE DO OLHINHO

A visão é um dos sentidos mais complexos do corpo humano, além disso, é uma das principais fontes de estímulo ao desenvolvimento físico e cognitivo. Estudos mostram que em países em desenvolvimento, 30 a 72% da cegueira infantil são evitáveis, 9 a 58% são preveníveis e 14 a 31% são tratáveis. A preocupação nas alterações visuais infantis, tanto na vida intrauterina como após o nascimento, está baseada em ser, esse momento, o período de formação e progresso orgânico e da estabilidade funcional da visão – portanto, o de maior vulnerabilidade a qualquer injúria. O teste do reflexo vermelho (TRV) ou "Teste do olhinho" é um exame simples, rápido, indolor e de baixo custo realizado em recém-nascidos e tem o objetivo de detectar, precocemente, problemas oculares congênitos que comprometam a transparência dos meios oculares. É importante destacar que o TRV não substitui o exame oftalmológico que todo bebê deve fazer até o primeiro ano de vida.

1.1. OBJETIVO

Avaliar a existência de algum obstáculo à chegada da luz até a retina. A observação do reflexo vermelho-alaranjado indica que as estruturas oculares internas estão transparentes, a opacidade causa leucoria ou perda do reflexo. É importante destacar que a coloração do reflexo está relacionada com o estágio de desenvolvimento da retina, idade gestacional do recém-nascido, uso de terapêuticas como oxigênio, iluminação do ambiente e posicionamento do RN.

1.2. MANEJO

O TRV é realizado com a sala escurecida (penumbra), oftalmoscópio com a lente ajustada no “0” (zero, sem poder dióptrico) para +2, ou +5, posicionado a 50 cm a 1 m dos olhos do recém-nascido, identifica-se a cabeça do recém-nascido e iluminam-se as pupilas, tentando observar o reflexo.

Podem ser encontrados 3 resultados: reflexo presente, ausente ou duvidoso. No reflexo presente, a cor varia do laranja ao vermelho, o reflexo duvidoso é encontrado quando se vê uma coloração amarela-clara ou quando há diferenças no reflexo do olho contralateral e o ausente é tido ao se visualizar uma cor amarela com mancha esbranquiçada. Se o reflexo for ausente em um ou ambos os olhos ou duvidoso, a criança deverá ser encaminhada ao oftalmologista para um exame oftalmológico completo (biomicroscopia, retinoscopia e mapeamento de retina).

Além do TRV, poderá ser feita uma avaliação ocular externa durante o exame físico do recém-nascido, avaliando as pálpebras, esclera, conjuntiva e córnea e procurando, nessas estruturas, a presença de edema, secreção purulenta, sinais de catarata, glaucoma congênito e reação pupilar à luz. É importante destacar que há alterações comuns no RN, como o edema nas pálpebras e pontos hemorrágicos na esclera devido à compressão dos vasos sanguíneos durante o trabalho de parto.

É importante lembrar que o teste do olhinho deve ser refeito nas consultas de acompanhamento do desenvolvimento do bebê.

2. CONJUNTIVITE NEONATAL

A conjuntivite neonatal ou *Ophthalmia neonatorum* é ocasionada, principalmente, por obstrução congênita do ducto nasolacrimal ou conjuntivite química ou infecciosa. A infecção, sem dúvida, é a principal forma de adquirir a doença, em especial por meio do parto, sendo, dessa forma, a doença ocular mais comum em neonatos. A incidência dessa doença reduziu bastante desde 1881 com a introdução da solução de nitrato de prata, prevenindo a conjuntivite gonocócica. Clamydia é o agente mais comum, mesmo com o advento do método de Credé – nitrato de prata a 2%.

2.1. ETIOLOGIA

É possível identificar as etiologias da conjuntivite neonatal a partir do momento do surgimento dos sintomas, como:

- Primeiras 24 horas: Causa química devido ao Credé ou outros medicamentos: gotas de eritromicina ou de gentamicina (risco de reação tóxica). Geralmente, não dura mais que 24 a 36 horas
- 24 a 48 horas: Causas bacterianas como Neisseria gonorrhoeae ou Staphylococcus aureus.
- 1 a 2 semanas de vida: Chlamydia trachomatis, vírus herpes simples

2.2. QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da doença está relacionado à secreção purulenta, edema e eritema de pálpebras e hiperemia da conjuntiva. Além disso, pode haver diferença da etiologia viral e bacteriana, em que ao contrário desta, a primeira tem uma descarga aquosa.

A infecção por clamídia se mostra, no primeiro momento, com edema leve, hiperemia, lacrimejamento e secreção mucoide; clínica bem diferente da infecção pelo gonococo em que há hiperemia conjuntival leve até quemose grave, secreção copiosa, ulceração corneana rápida ou perfuração da córnea quando não identificada e tratada rapidamente.

Geralmente essa infecção se inicia unilateralmente passando para bilateral após 2 a 7 dias, aproximadamente.

2.3. MANEJO OU CONDUTA

O diagnóstico é tido com base na história materna de doença venérea confirmada e não tratada ou tratada inadequadamente antes do parto, exame físico que evidencie edema periorbital e adenopatia, secreção purulenta, edema e eritema das pálpebras, além da investigação de ulcerações na córnea e a presença de reflexo vermelho.

Quanto aos exames adicionais, podem ser realizados exames como coloração de Gram e cultura para verificar leucócitos e bactérias, entretanto, o resultado destes exames não deve atrasar o tratamento do recém-nascido. Em recém-nascidos com suspeita de infecção por clamídia, devem-se ter amostras adicionais colhidas da orofaringe.

O tratamento tem por base evitar a propagação da infecção para quem está em contato com o RN e tratar o paciente. Primeiramente, deve haver higiene com as mãos usando luvas, irrigação do olho com solução salina isotônica estéril, evitar tapa-olhos.

- Conjuntivite química (ex: nitrato de prata): suspender o agente e irrigar o olho com lágrimas aritificiais sem conservantes 4x ao dia.
- Conjuntivite gonocócica: É uma emergência pediátrica e o tratamento baseia-se em Ceftriaxona 25-50mg/kg EV ou IM em dose única, com alternativa por cefotaxima em dose única 100mg/kg. Deve-se isolar o bebê durante as primeiras 24 horas de antibioticoterapia parenteral, avaliar disseminação da infecção, encaminhamento para oftalmologista pois há risco de perfuração e cegueira, irrigação com solução salina normal frequentemente.
- Conjuntivite por clamídia: A terapia tópica não é eficaz visto que esta bactéria é capaz de colonizar a nasofaringe, podendo causar pneumonia. O tratamento tem por base o uso de Azitromicina 20mg/kg/dia, dose única diária, por 5 dias.
- Conjuntivite herpética: Administrar vidarabina ou trifluridina 5x ao dia por 10 dias e avaliar infecção sistêmica, além de encaminhamento ao oftalmologista pois há risco de desenvolvimento de retinopatia, catarata e coriorretinite.

3. OBSTRUÇÃO CONGÊNITA DO DUCTO NASOLACRIMAL

O sistema de drenagem lacrimal é composto por pontos lacrimais, os canalículos, o saco lacrimal e o ducto nasolacrimal, este tem aproximadamente 12 milímetros e constitui a continuação inferior do saco lacrimal, abrindo-se, por meio da válvula de Hasner (prega da mucosa), no meato nasal lateral e inferior. A obstrução congênita do ducto nasolacrimal é a afecção lacrimal mais comum na criança e se deve a não canalização da última porção do sistema de drenagem lacrimal. Com isso, vê-se que até 20% dos recém-nascidos são afetados pela epífora (olhos lacrimejantes), com resolução espontânea de 95% dos casos até o primeiro ano de vida.

3.1. QUADRO CLÍNICO

Os principais sinais da obstrução congênita do ducto nasolacrimal aparecem nos primeiros um a dois meses de vida e são: olho com aspecto úmido ou lágrimas fluindo pela pálpebra, material mucopurulento úmido ou seco nos cílios (predomínio medial) e refluxo de material mucoide ou mucopurulento do ponto quando se aplica pressão sobre o saco lacrimal, nos casos mais avançados pode haver vermelhidão e edema do canto medial, propiciando infecção e causando conjuntivite.

3.2. MANEJO OU CONDUTA

O diagnóstico da obstrução congênita do ducto nasolacrimal é dado após palpação do saco lacrimal com refluxo de secreção mucoide ou mucopurulenta do ponto lacrimal. Além disso, deve ser confirmada a função visual normal da criança e realizado exame do segmento anterior com avaliação do reflexo vermelho para descartar alterações visuais mais críticas.

Os diagnósticos diferenciais da doença estão relacionados com outros quadros infecciosos ou congênitos, tais como conjuntivite aguda, atresia do ponto lacrimal ou canalículo, glaucoma congênito (há lacrimejamento, sensibilidade à luz – associada ao blefaroespasmo -, opacificação da córnea e um olho grande - buftalmo), entrópio, triquíase, defeitos corneanos e corpo estranho sob a pálpebra superior.

O tratamento sugere-se a massagem do saco lacrimal como meio de se romper uma obstrução membranosa por pressão hidrostática. Então, os pais são ensinados a colocar o dedo indicador sobre o canalículo comum para bloquear o refluxo, em seguida aplica-se uma pressão para baixo. Além disso, pode ser feito:

- Antibiótico tópico (tobramicina – colírio, pode ser feito de 4/4 horas, até 1/1 hora; importante destacar que deve ser espaçado o uso, se iniciado de hora em hora, após melhora do quadro) para controlar secreção mucopurulenta, se presente
- Se dacriocistite aguda (infecção do saco lacrimal), deve ser prescrito antibiótico sistêmico – Amoxicilina + clavulanato 45mg+6,4mg/kg/dia VO, 12/12 horas.

Com esse tratamento, a maioria dos casos abre espontaneamente por volta de um ano de idade. Em casos de não resolução do quadro ou em quadros severos, encaminhar ao oftalmologista.

4. ESTRABISMO

Estrabismo é a alteração ocular que é caracterizada pelo desalinhamento na direção do olhar entre os dois olhos, com perda do paralelismo, alterando a acuidade visual. A acuidado visual mede a visa do centro do campo visual – fovéola –, a parte mais central da retina. Ao nascimento, a acuidade visual é baixa, pois a área macular não está desenvolvida e não houve nenhuma estimulação das funções visuais. As fases mais rápidas do desenvolvimento visual ocorrem no 1º ano, e os ajustes mais finos se estendem pelo período pré-escolar, ou seja, qualquer alteração da função visual desde o nascimento até os 5 anos de

idade, aproximadamente, faz que o desenvolvimento visual esteja prejudicado, neste caso, o desalinhamento da visão está diretamente relacionado. O estrabismo contribui para anormalidade no desenvolvimento das funções visuais porque enquanto um olho está dirigido para o ponto de interesse de fixação, o outro está voltado para diferente ponto do espaço, assim, as imagens são recebidas em pontos diferentes da retina.

4.1. QUADRO CLÍNICO

A clínica do estrabismo é baseada principalmente na inspeção, em que se observa uma assimetria no direcionamento dos olhos, além de sintomas como diplopia ou redução da acuidade visual, esta está relacionada com quadros em que o estrabismo pode evoluiu a ambliopia, ou seja, quando a privação de estimulação devido ao estrabismo se estender por um período prolongado, pode ocorrer lesão neurológica com atrofia de neurônios do corpo geniculado lateral e do córtex estriado – alteração orgânica devido à falta de aprendizado.

4.2. MANEJO OU CONDUTA

O diagnóstico pode ser feito por exame e testes simples e que devem ser feitos em crianças acima de seis meses, visto que até essa idade há um falso desalinhamento.

Avaliação pelo reflexo luminoso nas córneas (Teste de Hirschberg) é feito em um ambiente de pouca luminosidade e com o paciente imóvel com a cabeça alinhada ao eixo longitudinal e fixando o olhar no foco luminoso de uma lanterna disposta a 30 cm, na altura dos olhos e no plano medial da face do paciente. Deve-se avaliar o ponto reflexo da luz na córnea em relação às pupilas no centro de cada olho. O normal é não haver desvio ou assimetria da disposição do ponto luminoso no centro da córnea.

Avaliação pelos testes de oclusão: Antes de explicar este teste, é importante destacar dois conceitos básicos:

- Foria: são desvios compensados pela fusão das imagens. Se ocluir um olho, rompe a fusão. É observada de forma binocular, os dois olhos fixam depois que o oclusor é retirado.
- Tropia: desvio manifesto não compensado pela fusão da imagem. Mesmo com os dois olhos abertos, quando oclui um olho e depois desoclui, o desvio permanece. É observada de forma monocular, um olho fixa depois que o oclusor é retirado, enquanto o outro permanece na posição de repouso

1ª etapa – Teste de oclusão ou cover test: Para detectar heterotropia. Coloca-se um objeto em frente, a cerca de seis metros e depois a cerca de 50 cm, solicita-se ao paciente que olhe com a cabeça alinhada para o objeto e oclui o olho fixador (olho “normal”) com algum tampão, se houver movimentação do olho desviado, há estrabismo ou heterotropia, ou seja, o olho desviado tentou se adequar a fim de ver o objeto.

2ª etapa – Teste de desoclusão ou uncover test: Para detectar heteroforia. Coloca-se um objeto em frente, a cerca de seis metros e depois a cerca de 50 cm, solicita-se ao paciente que olhe com a cabeça alinhada para o objeto. Oclui-se um olho com algum tampão e após desocluir, observa-se uma movimentação do olho, retornando ao ponto de inicio do exame, assim, há heteroforia, ou seja o olho desviado se acomodou para que o olho fixador exerça a função visual sozinho.

Se houver suspeita ou diagnóstico de estrabismo em crianças a partir de seis meses, o médico da Atenção Básica de Saúde deve encaminhar o paciente ao oftalmologista, a fim de melhor acompanhamento e tratamento especializado.

5. CASO CLÍNICO

Você é médico numa UBS em que chega à consulta uma mãe assustada com seu filho, lactente de 2 meses, com queixa de “pus no olho”. A mãe relata uma secreção amarelada que faz com que o olho da criança amanheça grudado nos últimos 5 dias. Ao exame físico, vê-se que o bebê não apresenta desconforto ou irritação e é percebida secreção hialina unilateral e secreção escassa amarelada ipsilateral; a conjuntiva está branca. A mãe nega qualquer episódio de IVAs na família nos últimos dias, alega, apenas, caso particular de clamídia já tratada antes do parto (segundo informações coletadas).

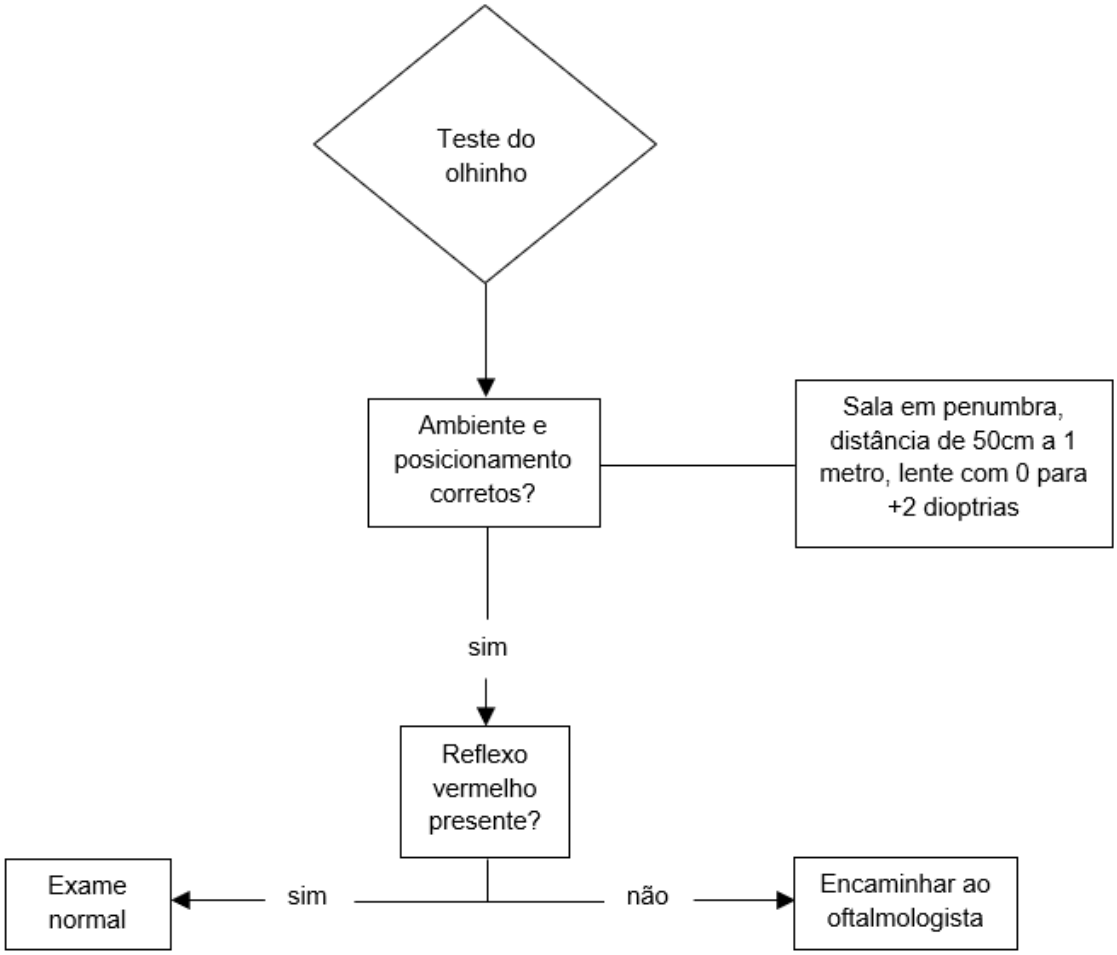
1. **Segundo o caso clínico, qual o diagnóstico mais provável?**
   a) Dacriocistite
   b) Obstrução do ducto lacrimal
   c) Conjuntivite viral
   d) Conjuntivite por *Haemophilus influenzae*
   e) Conjuntivite por *Chlamydia trachomatis*
2. **Qual o tratamento mais adequado para o quadro do bebê?**
   a) Antibiótico tópico, o mais adequado é polimixina B oftalmológico, 3x ao dia

b) Antibiótico sistêmico, o mais adequado é amoxicilina + ácido clavulânico, de 12 em 12 horas
c) Massagem em parte medial do olho, com movimentos para baixo
d) Encaminhamento ao oftalmologista
e) Antibiótico sistêmico, o mais adequado é azitromicina 20mg/kg/dia, 03 vezes ao dia, por 14 dias

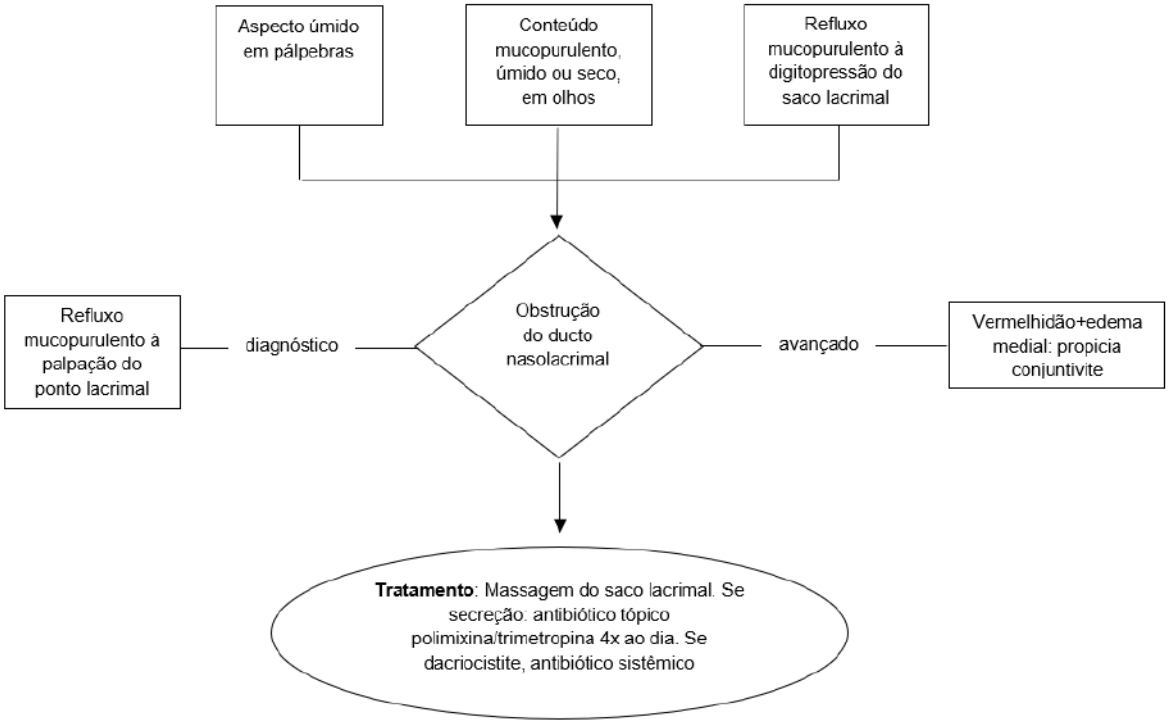
3. **Após o tratamento recomendado por você, a mãe da criança retorna após 01 mês com queixa de "bola no canto do olho" e afirma que seu filho está bastante choroso e irritado. À inspeção, vê-se edema em região do saco lacrimal, além disso, à expressão manual do saco lacrimal observa-se drenagem de conteúdo purulento, logo, em relação a este quadro, qual o principal diagnóstico e a conduta adequada para a criança:**

a) Obstrução do ducto lacrimal exacerbada, encaminhar ao oftalmologista
b) Conjuntivite bacteriana, amoxicilina + ácido clavulânico, de 12 em 12 horas
c) Dacriocistite, amoxicilina + ácido clavulânico, de 12 em 12 horas
d) Conjuntivite viral, irrigar com salina isotônica 4x ao dia
e) Conjuntivite bacteriana, azitromicina 20mg/kg/dia, 03 vezes ao dia, por 14 dias

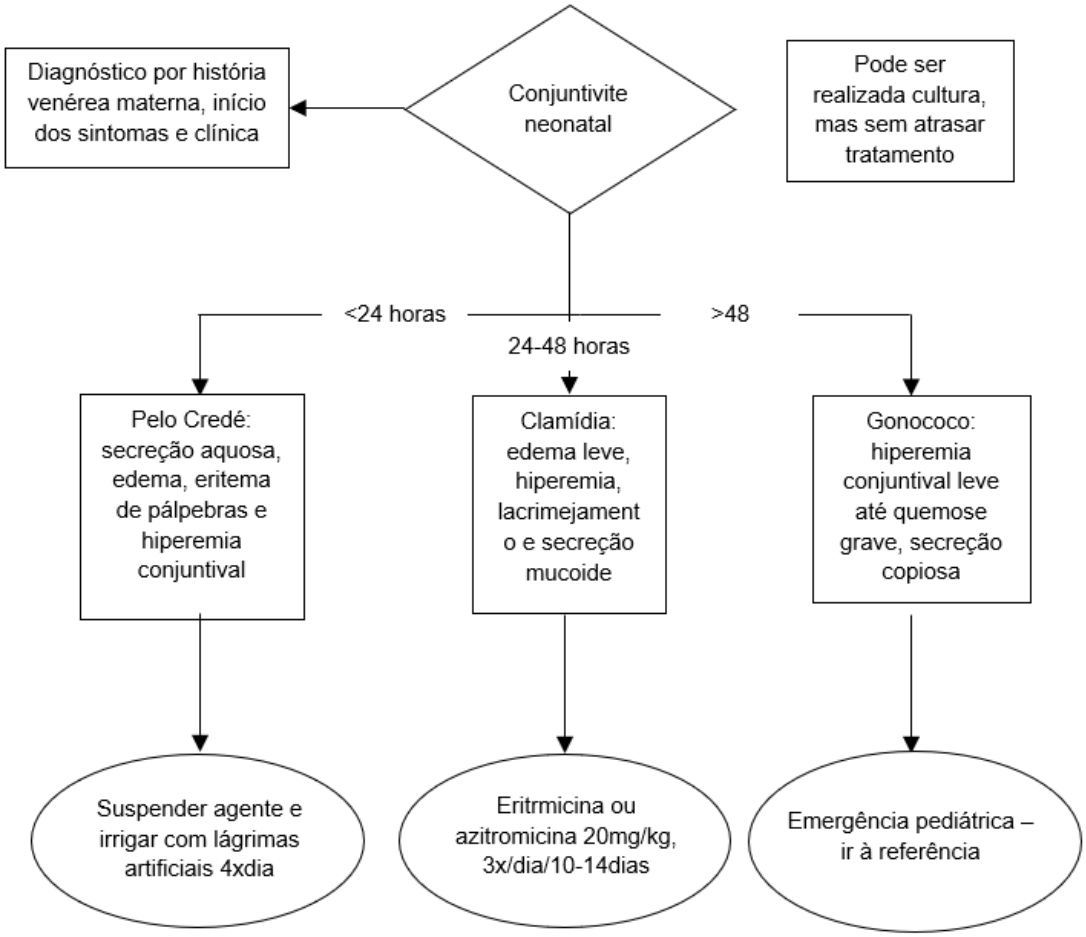
Fluxograma 1: Teste do olhinho



Fluxograma 2: Obstrução do ducto nasolacrimal



Fluxograma 3: Conjuntivite neonatal



REFERÊNCIAS

BOWLING, Brad; KANSKI, Jack J. Kanski Oftalmologia Clínica: Uma abordagem sistêmica. [S.L.]: Elsevier, 2016.

BRASIL: Ministério da saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. Brasília, 2014.

EHLERS, J. P.; SHAH, C. P. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital: diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. Porto Alegre: Artmed, 2015

MAKKER, Kartikeya; KAUFMAN, Evan J. Neonatal Conjunctivitis. [S.L.]: [s.n.], 2017.

MOLINARI, Luiz Carlos et al. Oftalmologia na atenção básica à saúde. [S.L.]: [s.n.], 2016.

POLATI, M. Oftalmopediatria. Apostila Oftalmologia USP. São Paulo: [s.n.], 2006.

UNIDADE IX

CAPÍTULO XLVI

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-46

Autor(a): Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Coautores: José Francisco Igor Siqueira Ferreira
Letícia Freitas de Mesquita
Mônica Sales Farias
Orientador(a): Vicente Bezerra Linhares Neto

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes no mundo. Segundo o National Comorbidity Study, um a cada quatro pessoas têm critérios diagnósticos de pelo menos um tipo de transtorno de ansiedade, com uma prevalência de 17,7% em um ano, sendo 30,5% em mulheres e 19,2% em homens ao longo da vida.

A ansiedade é uma resposta normal e adaptativa experimentada por todas as pessoas. Ela pode ser considerada um sinal de alerta, manifestando-se através de sensação difusa e vaga de apreensão que surge em resposta a uma ameaça desconhecida. Quando exacerbada, há aumento da atividade somática e autonômica, podendo cursar com diversos sintomas, dentre eles: cefaleia, palpitações, desconforto estomacal, inquietação e aperto no peito, além de tensão muscular.

A etiologia dos transtornos ansiosos é multifatorial, incluindo fatores genéticos, neurobiológicos e psicossociais. Sobre os fatores genéticos, ainda não há evidências que relacionem um gene específico à gênese da ansiedade, mas há indícios de que diversos genes podem contribuir para desenvolvimento da ansiedade patológica. Quanto aos fatores neurobiológicos, três aspectos devem ser considerados: os neuroanatômicos, por alterações funcionais nas regiões cerebrais que modulam emoções e medo e que parecem implicar na etiologia dos transtornos de ansiedade; o neuroquímico, em que os neurotransmissores ácido gama-aminobutírico (GABA), noradrenalina e serotonina têm se relacionado na regulação da ansiedade; e neuroendócrino, por meio de anormalidades no funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, intervindo na resposta fisiológica ao estresse. A respeito dos fatores ambientais, há condições como doenças, violência, uso de drogas e relações

interpessoais conflituosas que podem estar relacionadas ao desenvolvimento dos transtornos de ansiedade.

2. QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico pode ter formas diferentes de apresentação. Portanto, é importante a coleta de história clínica abordando o paciente dentro de um contexto biopsicossocial. Os sinais e sintomas podem ser divididos, didaticamente, em Somáticos e Psíquicos / Comportamentais, conforme listados na tabela a seguir (Tabela 1).

Tabela 1: Sinais e Sintomas gerais dos Transtornos de Ansiedade

Somáticos	Vegetativos	Calafrios, Tontura, Vertigem, Boca seca
	Cardiovasculares	Palpitações, Taquicardia, Dor torácica
	Respiratórios	Dispneia, Sensação de sufocamento ou asfixia
	Digestivos	Falta de apetite, Disfagia, Náuseas, Vômitos, Dispepsias, Diarreia
	Genitourinários	Micção frequente, problemas sexuais
	Neuromusculares	Tensão muscular, Tremores, Cefaleia, Mialgias, Parestesias
Psíquicos/ Comportamentais	Nervosismo, mal estar	
	Irritabilidade	
	Inquietude ou inibição psicomotora	
	Medo da morte, de adoecer ou de perder o controle	
	Alterações do sono	
	Apreensão, preocupação e insegurança	
	Despersonalização ou desrrealização	
	Evitação de situações temidas, isolamento	
	Dificuldade de concentração e sensação de estranheza	
	Obsessões e compulsões	

Fonte: Elaborada pelos autores, (2021)

A ansiedade patológica pode se manifestar de forma heterogênea, compondo o grupo dos transtornos ansiosos. Aqui, tentaremos abordar os seguintes: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno de Pânico (TdP), Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Social (TAS).

Esses transtornos diferenciam entre si por situações ou objetos que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva. Uma anamnese detalhada ajuda a distinguir com mais facilidade situações que são temidas ou evitadas. Na Tabela 2, listamos os transtornos de ansiedade citados anteriormente, junto dos principais diagnósticos diferenciais.

O Transtorno do Pânico (TdP) tem uma prevalência de 2 a 3 % em adultos e adolescentes nos Estados Unidos e Europa, durante período de 12 meses de estudo. Mulheres

são mais acometidas que homens, numa razão de 2:1. Ele se manifesta através de ataques intensos e agudos de ansiedade, de forma recorrente e inesperada, e está relacionada a outros transtornos psiquiátricos em mais de 91% dos pacientes.

Para o diagnóstico de TdP, é necessária a presença de ataques de pânico de forma recorrente e inesperada. O ataque de pânico é caracterizado como um episódio abrupto de medo intenso que alcança um pico em alguns minutos, acompanhado de quatro ou mais dos seguintes sintomas: palpitações, tremores, sensação de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, sensação de tontura ou desmaio, náusea ou desconforto abdominal, calafrios ou ondas de calor, parestesias, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou de morrer. É necessário, ainda, que pelo menos um dos ataques deve ser sucedido por períodos iguais ou superiores a um mês de apreensão ou preocupação persistente acerca dos ataques ou de suas consequências. O profissional deve se certificar que os sintomas não são causados por outra condição médica, nem por efeitos de substâncias, nem por outro transtorno mental.

É importante ressaltar que sintomas depressivos frequentemente estão presentes no transtorno de pânico, ou até mesmo um transtorno depressivo está associado ao quadro. Isso pode aumentar o risco para ideação e tentativa de suicídio.

Tabela 2: Diagnósticos diferenciais dos Transtornos de Ansiedade

Transtorno de Ansiedade	**Diagnósticos Diferenciais**
Transtorno de Pânico	▪ Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica; ▪ Transtorno de ansiedade induzido por substâncias/medicamento; ▪ Outros transtornos mentais com ataques de pânico como característica associada (Transtornos de ansiedade e psicóticos)
Agorafobia	▪ Fobia específica; ▪ Transtorno de ansiedade de separação; ▪ Transtorno de ansiedade social (fobia social; ▪ Transtorno de pânico; ▪ Transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático; ▪ Transtorno depressivo maior; ▪ Outras condições médicas

Transtorno de Ansiedade	Diagnósticos Diferenciais
Transtorno de Ansiedade Generalizada	▪ Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica; ▪ Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento; ▪ Transtorno de ansiedade social; ▪ Transtorno obsessivo-compulsivo; ▪ Transtorno de estresse pós-traumático e transtornos de adaptação; ▪ Transtornos depressivo, bipolar e psicótico
Transtorno de Ansiedade Social	▪ Timidez Normal; ▪ Agorafobia; ▪ Transtorno de Pânico; ▪ Transtorno de Ansiedade Generalizada; ▪ Fobias Específicas; ▪ Mutismo Seletivo; ▪ Transtorno Depressivo Maior; ▪ Transtorno dismórfico corporal; ▪ Transtorno Delirante; ▪ Transtorno do espectro autista; ▪ Transtorno da personalidade

Fonte: Elaborado pelos autores, (2021)

A Agorafobia (AgF) é outro tipo de transtorno de ansiedade que tem prevalência de 1,7% em adolescentes e adultos acompanhados no período de 1 ano, com risco duas vezes maior em mulheres. Pode representar uma complicação de um TdP em 75% dos pacientes. Caracteriza-se por medo ou uma ansiedade em relação a lugares dos quais a fuga pode ser difícil, de forma recorrente, causando prejuízo funcional.

Quanto aos critérios diagnósticos, a AgF corresponde a medo ou ansiedade marcantes em duas ou mais das cinco situações a seguir: uso de transporte público, permanência em espaços abertos, permanência em locais fechados, permanência em filas ou multidão e sair de casa sozinho. Além disso, o indivíduo tem medo ou evita tais situações por pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de buscar ajuda caso tenha alguns sintomas característicos de pânico ou outros sintomas incapacitantes e constrangedores.

Ressalta-se ainda que as situações agorafóbicas devem, quase sempre, provocar medo ou ansiedade. São evitadas de forma ativa e requerem uma companhia ou são suportadas com medo ou ansiedade intensos, os quais são desproporcionais ao perigo real e ao contexto sociocultural. Somados à esquiva, tais sentimentos se mostram persistentes, podendo durar mais de seis meses e causar sofrimento significativo ou prejuízos em contextos profissionais, sociais e outros.

Diante de outra condição médica presente, sintomas como medo, ansiedade ou esquiva estarão claramente excessivos em um quadro de AgF associado. O diagnóstico de tal condição é dado quando o medo, ansiedade ou esquiva não são mais bem explicados ou específicos de sintomas característicos de outros transtornos mentais.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tem prevalência de 0,9% em adolescentes e de 2,9% entre adultos nos Estados Unidos. A prevalência em outros países está entre 0,4 e 3,6%. O risco de morbidade é de 9% ao longo da vida e o dobro entre mulheres, comparado aos homens. Manifesta-se por quadros de ansiedade e preocupação excessivas em diversos aspectos da vida.

Acerca dos critérios diagnósticos, o TAG caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessivas na maioria dos dias por pelo menos seis meses, em decorrência de diversos eventos ou atividades. A preocupação é relatada pelo indivíduo como de difícil controle. A ansiedade e a preocupação estão associadas com pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fatigabilidade, irritabilidade, dificuldade de concentração ou sensação de “branco” na mente, tensão muscular e perturbação do sono.

Os sintomas físicos ou psíquicos, como a ansiedade e a preocupação, causam sofrimento significativo e prejuízos sociais, profissionais e outros. Lembrando que para a tomada do diagnóstico, deve-se garantir que a perturbação não está sendo motivada por efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica, e não ser mais bem explicada por outro transtorno mental.

O Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social (TAS ou FbS) tem prevalência de 3 a 13% ao longo da vida, sendo comparável entre crianças, adolescentes e adultos. Porém, em adultos mais velhos há decréscimo, variando entre 2 e 5%. Taxas mais altas de TAS são encontradas em mulheres em comparação com os homens. Manifesta-se por medo de situações sociais, incluindo as que envolvem escrutínio ou contato com pessoas desconhecidas.

Acerca dos critérios diagnósticos, o TAS caracteriza-se por medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas, como interações sociais, ser observado ou proferir palestras, por exemplo. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente.

Com isso, situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade e são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade. O medo ou a ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto e ao contexto sociocultural. Tais sentimentos, somados à esquiva, são persistentes, durando no mínimo seis meses. Causam sofrimento significativo e prejuízo social, profissional e outros.

Diante de outra condição médica presente, a presença de sintomas como medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou excessivo, o que prediz um quadro de FbS associado. O diagnóstico de tal condição é dado quando o medo, ansiedade ou esquiva não são relacionados a efeitos fisiológicos de substâncias ou outra condição médica, e não são mais bem explicados ou específicos de sintomas característicos de outros transtornos mentais.

É importante salientar que a ansiedade nem sempre está relacionada a algum transtorno psiquiátrico previamente definido, mas pode estar relacionada a causas secundários, como doenças orgânicas diversas (Tabela 3) ou ser efeito colateral do uso de algumas substâncias ou fármacos (Tabela 4).

Tabela 3 - Condições de saúde associados a sintomas de ansiedade

Cardiovasculares: Síndrome Coronariana Aguda, arritmia, Insuficiência Cardíaca
Neurológicas: Epilepsia, Tremor Essencial, Demência, Encefalopatia, Enxaqueca
Pulmonares: DPOC, Asma, Apneia do Sono, Embolia Pulmonar
Endocrinológicas: Hipertireoidismo, Hipotireoidismo, Hiperparatireoidismo, Feocromocitoma, Hipoglicemia, Menopausa, Doença de Addison, Síndrome de Cushing, Cetoacidose Diabética, Hipercalcemia, Hiperprolactinemia
Diversas: Anemia, Delirium, Espasmo Esofágico, Deficiência de Ácido Fólico, Insônia Gastrite, Intoxicação Alimentar, Síndrome do Intestino Irritável

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

Tabela 4 - Substâncias e fármacos associados a sintomas de ansiedade

Anticolinérgicos: Oxibutina, Meperidina	Corticoides
Anti-histamínicos	Digitálicos
Broncodilatadores	Tiroxinas
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	Cannabis, Cocaína
Carbamazepina	Estimulantes: Cafeína, Teofilina, Anfe-
Dopaminérgicos: Amantadina, Levodopa	tamina, Aminofilina, Metilfenidato
Bromocriptina, Metoclopramida	Barbitúricos, Narcóticos, álcool
Simpaticomiméticos: Pseudoefedrina, Adrenalina, Efedrina	Cefalosporinas

Fonte: Elaborada pelos autores, (2021)

3. CONDUTA CLÍNICA

3.1. TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

A psicoterapia representa a base do tratamento não-medicamentoso dos transtornos de ansiedade. Ela se baseia no metodo do diálogo, onde a pessoa (terapeuta) é um sistema psíquico que entra em contato outro sistema psíquico (paciente), a fim de desvendar e ajudar nas angústias que o afligem. Muitas vezes, o motivo que leva aos quadros de ansiedade encontra-se em eventos passados e/ou atuais da vida do individuo. Desse modo, o diálogo com um profissional capacitado pode ser capaz de ajudar a desvendar os gatilhos do quadro ansioso, possibilitando a melhora do quadro clínico do paciente.

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) é considerada o tratamento de primeira escolha em transtornos ansiosos. Pode ser realizada tanto de forma isolada, quanto combinada à farmacoterapia. Ela tem por objetivo modificar comportamentos, como a esquiva de situações sociais que, embora impeçam o surgimento da ansiedade ou diminuam sua intensidade, são responsáveis pela perpetuação dos sintomas, pelo alívio que proporcionam e que, dessa forma, funcionam como reforço. A TCC é particularmente importante para auxiliar o paciente a lidar com as consequências dos ataques de pânico, como a ansiedade antecipatória, a hipervigilância e a esquiva fóbica, bem como a corrigir crenças disfuncionais de conteúdo catastrófico sobre a natureza e as consequências dos ataques.

Outros tipos de psicoterapia também são úteis, embora sejam menos utilizadas em relação à TCC. São elas, a Psicoterapia de apoio, em que envolve o uso de conceitos psicodinâmicos e uma aliança terapêutica para promover o enfrentamento adaptativo. As defesas adaptativas são encorajadas e fortalecidas, e as mal-adaptativas são desencorajadas. O terapeuta auxilia no teste de realidade e pode oferecer conselho em relação ao comportamento. Essa terapia, juntamente com a Terapia familiar, é bastante útil para ajudar o indivíduo a confrontar ativamente situações ou objetos que são gatilho de ansiedade durante o tratamento. A Terapia familiar não só inclui o auxílio da família no tratamento como também a ajuda a compreender da natureza do problema do paciente. A Psicoterapia orientada ao insight tem o objetivo de aumentar o desenvolvimento do insight do paciente a respeito dos conflitos psicológicos que, quando não resolvidos, manifestam sintomas comportamentais. Há também a Terapia virtual, que consiste em uma interessante ferramenta adjuvante na resolução desses quadros, principalmente no TAS, pois usam

tecnologias como forma de ajudar os pacientes no enfrentamento de objetos ou situações que desencadeiam medo e ansiedade. Programas de computador foram desenvolvidos, por exemplo, para simular situações em espaços abertos ou superlotados, ou ainda exposições a certos objetos fóbicos que possibilitam, no caso desses transtornos fóbicos, dominar, por meio do contato e de sessões repetidas, sua ansiedade.

A psicoeducação, como uma das técnicas da TCC, tem uma importante função na orientação de diversos aspectos, principalmente no contexto da Atenção Primária, seja a respeito das consequências de um comportamento, na construção de crenças, valores e sentimentos, seja na repercussão destes na vida dos pacientes. Ela aborda desde a explicação das distorções de pensamentos mais observadas, até explanações sobre princípios fisiológicos e anatômicos básicos de modificações físicas desencadeadas pelo quadro de ansiedade. O objetivo é fazer com o que o paciente consiga reconhecer que muitos comportamentos inadequados estão vinculados aos sintomas da ansiedade. A aceitação do quadro ansioso e a aplicação de estratégias de manejo são objetivadas na busca da redução do sofrimento psíquico e do crescimento do otimismo em relação ao quadro que prejudica o cotidiano do paciente.

Ainda no contexto da Atenção Primária, algumas práticas integrativas em saúde podem ser utilizadas de forma adjuvante nesse processo, como a Aromaterapia, em que se faz uso de concentrados volateis (óleos essenciais). Esse metódo, além de baixo custo, se mostra eficaz por ter o foco voltado para o individuo como um todo, não apenas à doença. Quando inalado, uma porcentagem mínima do óleo essencial ativa o sistema do olfato pelo bulbo e nervos olfativos, que propiciam uma ligação direta com o Sistema Nervoso Central, levando o estímulo ao Sistema Límbico, responsável pelo controle da memória, emoção, sexualidade, impulsos e reações instintivas. Além dessa técnica, há práticas de meditação (ex.: mindfulnees), métodos de relaxamento, com exercícios físicos e respiratórios (ioga e taicht) e acupuntura, sendo eficazes no tratamento dos Transtornos de Ansiedade. No TAG, há ainda evidências de que mudanças da ingestão diária de cafeína, álcool e nicotina tabmém contribuam para a melhora do quadro clínico.

3.2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Na maioria dos Transtornos de Ansiedade, a farmacoterapia (Tabela 5) é instituída após falhas da terapia não-medicamentosa, quando os sintomas do paciente ainda trazem prejuízo funcional mesmo em vigência das outras estratégias terapêuticas.

O tratamento de primeira linha é com a classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs). Os principais representantes dessa classe, assim como suas doses e efeitos colaterais, estão representados na Tabela 5.

Inicialmente, recomendamos administrar metade da dose terapêutica mínima pelo período médio de 10 dias e, em seguida, passar para dose terapêutica mínima habitual. Essa estratégia visa reduzir a frequência e intensidade de efeitos adversos no início do tratamento.

É importante explicar para o paciente que, no início do uso das medicações, alguns sintomas ansiosos podem ser precipitados, mas cessam geralmente após alguns dias. Deixar o paciente a par dos efeitos adversos mais comuns fortalece o vínculo terapêutico, além de aumentar a adesão e reduzir as taxas de abandono do tratamento. É importante, também, explicar sobre o tempo necessário para surgimento efeitos terapêuticos, que leva em torno de 2 a 3 semanas após início da medicação.

O tempo habitual para avaliarmos a resposta terapêutica máxima do medicamento naquela dose é de 6 semanas. Após esse período, o clínico deve avaliar necessidade de aumento da dose da medicação. Nos casos de ausência de resposta terapêutica ou de efeito adverso não tolerável, é recomendado a troca do medicamento por outro de primeira linha ou por outro de segunda linha.

Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN) podem ser utilizados também em pacientes com Transtornos de Ansiedade, como opção de segunda linha. São bastante úteis, principalmente em pacientes com quadros comórbidos de enxaqueca ou de dor crônica.

Como outra opção de segunda linha, é possível utilizar Antidepressivo Tricíclico, como a Amitriptilina (75-300 mg/dia) e a Nortriptilina (50-150 mg/dia). Para essas medicações, recomendamos que, para evitarmos efeitos adversos, especialmente de sedação e outros efeitos anticolinérgicos, a dose inicial seja de 25mg, administrada ä noite. Deve haver o aumento de 25mg, a cada 3 dias, até dose terapêutica mínima. Por exemplo: 25mg (inicial), 50 mg (após 3 dias), 75mg (após mais 3 dias). A partir daí, os ajustes de dose devem ser reavaliados, em média, a cada 6 semanas, com cuidado de individualizar o acompanhamento.

Os Benzodiazepínicos (BZDs) podem ser usados em associação às medicações citadas, mas devem ser evitados em monoterapia pelo risco de dependência e de efeitos adversos indesejáveis. São adjuvantes muito úteis para o controle mais imediato dos sintomas ansiosos, visto que as outras medicações levam algumas semanas para iniciarem os efeitos terapêuticos. Além disso, ajudam a controlar os efeitos adversos comuns no início da utilização dos antidepressivos. Sugerimos prescrição de benzodiazepínico em associação com antidepressivo durante o início do tratamento, objetivando a suspensão do benzodiazepínico dentro de até 8 semanas após o início. Exemplo: clonazepam 2,5mg/ml, 5 gotas manhã e 5 gotas à noite, suspendendo as gotas da manhã em 15 dias e, a partir daí, reduzir 1 gota da noite a cada 5 dias até suspensão. Como conduta de "urgência" para crise de ansiedade ou para ataque de pânico, sugerimos fazer clonazepam 2,5mg/ml, 5 gotas, ou clonazepam 0,5mg, 01 comprimido; ou alprazolam 0,5mg, 01 comprimido.

Para tratamento sintomático da insônia, opções a serem utilizadas: clorpromazina (25mg-100mg), prometazina 25-50mg, trazodona 50mg-100mg, zolpidem 5-10mg. Devemos ficar atentos à prescrição de medicamentos hipnóticos / sedativos, principalmente em grupos de risco, como idosos, devido chance efeitos adversos com repercussões mais graves.

Tabela 5: Tratamentos de 1ª e 2ª linha dos Transtornos de Ansiedade
Fonte: Elaborado pelos autores, (2021).

Classe	Fármaco	Dosagem	Vezes ao dia	Efeitos adversos
ISRS	Citalopram	20-40mg	1x/dia	Náuseas, sudorese, tremor, redução de QT, redução da libido.
	Escitalopram	10-20mg	1x/dia	Náuseas, sonolência, retardo de ejaculação, aumento de QT
	Fluoxetina	20-80mg	1x/dia	Anorexia, ansiedade, redução do apetite, insônia, sedação.
	Sertralina	50-200mg	1x/dia	
	Paroxetina	20-60mg		
IRSN	Venlafaxina	75-225mg	1x/dia	Náuseas, insônia, disfunção sexual, aumento de PA
	Desvenlafaxina	50-100mg	1x/dia	Náuseas, disfunção sexual, aumento de PA, insônia.
	Duloxetina	60-120mg	2x/dia	Fadiga, nausea, vômito, redução do apetite, aumento de PA.
Tricíclicos	Amitriptilina Nortriptilina	75-300mg 50-150mg	1x/dia 1x/dia (dividir em doses acima de 100mg/dia)	Boca seca, constipação, visão borrada, tontura, sudorese, arritmias, delirium, disfunção sexual.

O apoio ao tratamento contínuo da pessoa com Transtorno de ansiedade na Atenção Primária envolve a atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF's) juntamente com o NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Familía) em uma abordagem multiprofissional ao paciente.

O Matriciamento em Saúde mental é uma ferramenta importante na Atenção Primária, consistindo, em linhas gerais, num suporte da equipe especializada em saúde mental, através de diversas atividades, como discussões de caso, atendimento em conjunto, atividades de educação permanente, utilizando diversos tipos de metodologias e integrando os dispositivos de apoio da rede de saúde. O Matriciamento em Saúde Mental é essencial para casos mais graves, com maior vulnerabilidade social, que necessitam de uma abordagem mais atenta e individualizada. A participação das ESF's e de profissionais especializados, como psiquiatras psicólogos, na coordenação de referência e contra-referência entre Atenção Básica e especializada contribui para a construção de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

O encaminhamento para o serviço especializado deve ser sempre considerado quando houver dificuldade diagnóstica, refratariedade do quadro, risco alto de suicídio ou insucesso com o uso de todas as ferramentas que a Atenção Primária dispõe. O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é o equipamento de referência para o atendimento dentro da Rede de Atenção Psicossocial, por se caracterizar como um dispositivo de serviço de saúde aberto e comunitário, onde há equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar.

4. CASO CLÍNICO

R M, auxiliar administrativa, 41 anos, encaminhada para avaliação ambulatorial por seu clínico geral com a seguinte queixa principal: "Estou sempre nervosa". Ela vivia sozinha e nunca havia casado, nem tido filhos. Era a primeira vez que se consultava com um psiquiatra. Ela estava vivendo com sua mãe, a qual morreu repentinamente. Em seguida, a paciente começou a ficar cada vez mais angustiada com as tarefas cotidianas e com a possibilidade de cometer erros no trabalho. Sentia-se frequentemente tensa e cansada. Tinha dificuldade em se concentrar. Também começou a se preocupar excessivamente com dinheiro e, para economizar, mudou-se para um apartamento mais barato. Buscava apoio repetidamente dos colegas de escritório e de familiares. Ninguém parecia conseguir ajudá-la, de modo que ela temia ser "um fardo". Com o passar dos meses, percebia-se cada vez mais preocupada com o

seu futuro e se questionava constantemente sobre o que poderia vir a acontecer. Muitas vezes evitava fazer atividades cotidianas, como ir ao mercado com medo da possibilidade de algo ruim acontecer. Quando está em seu apartamento, frequentemente tenta relaxar e apreciar um bom livro ou um filme, mas não consegue manter a concentração por muito tempo. Tem recebido algumas advertências no trabalho por conta de erros cometidos por desatenção. Além disso, não tem saído mais com frequência com os amigos, tem ficado mais restrita à sua casa até nos fins de semana. Em alguns momentos, sente-se muito angustiada e apresenta palpitações e tremores. Tem apresentado sensações estranhas, como sensação de entalo na garganta e dormência em membros. Passou a apresentar dificuldade para dormir, pois fica pensando muito nas atividades do dia seguinte quando se deita, e sente como se estivesse com um "motor ligado" na sua cabeça. Quando está mais angustiada acaba comendo doces ou massas, para aliviar a tensão. Aumentou cerca de quatro quilos nos últimos meses. Durante a entrevista inicial, afirmou ter se sentido triste durante algumas semanas depois que a mãe morreu, mas negou que tivesse se sentido culpada, desesperançosa ou com pensamentos de morte.

Antecedentes pessoais: Sentia-se muito cobrada pelos pais desde a infância. Sempre foi perfeccionista (sic). Tabagista por 20 anos, parando há cerca de 3 anos.

Antecedentes familiares: Pai falecido de AVC aos 52 anos, tinha diagnóstico de depressão e era muito nervoso. Mãe com transtorno de ansiedade generalizada, diabética e hipertensa. Outros familiares com depressão. Irmão sem problemas de saúde.

Exame físico: sem alterações.

QUESTÕES PROPOSTAS

1. **Qual a primeira medida a ser tomada?**
   a) Mandá-la para casa pois não possui qualquer necessidade de intervenção.
   b) Sugerir que ela faça acompanhamento com terapeuta regularmente.
   c) Fazer medicação para depressão.
   d) Dizer que ela está bem agora e que retorne para nova avaliação em 1 mês.
2. **Qual seria a medicação mais indicada para o caso?**
   a) Clonazepam 2,5mg/ml, 5 gotas pela manhã e 5 gotas à noite por 15 dias.

b) Citalopram 20mg, 02 comprimidos pela manhã.

c) Fluoxetina 20mg, 01 comprimido após almoço, associada a clonazepam 5 gotas à noite com suspensão das gotas gradualmente após 15 dias.

d) Amitriptilina 75mg à noite.

3. Qual seria a principal justificativa para o tratamento do quadro da paciente?

a) Os sintomas da ansiedade estarem afetando suas atividades cotidianas.

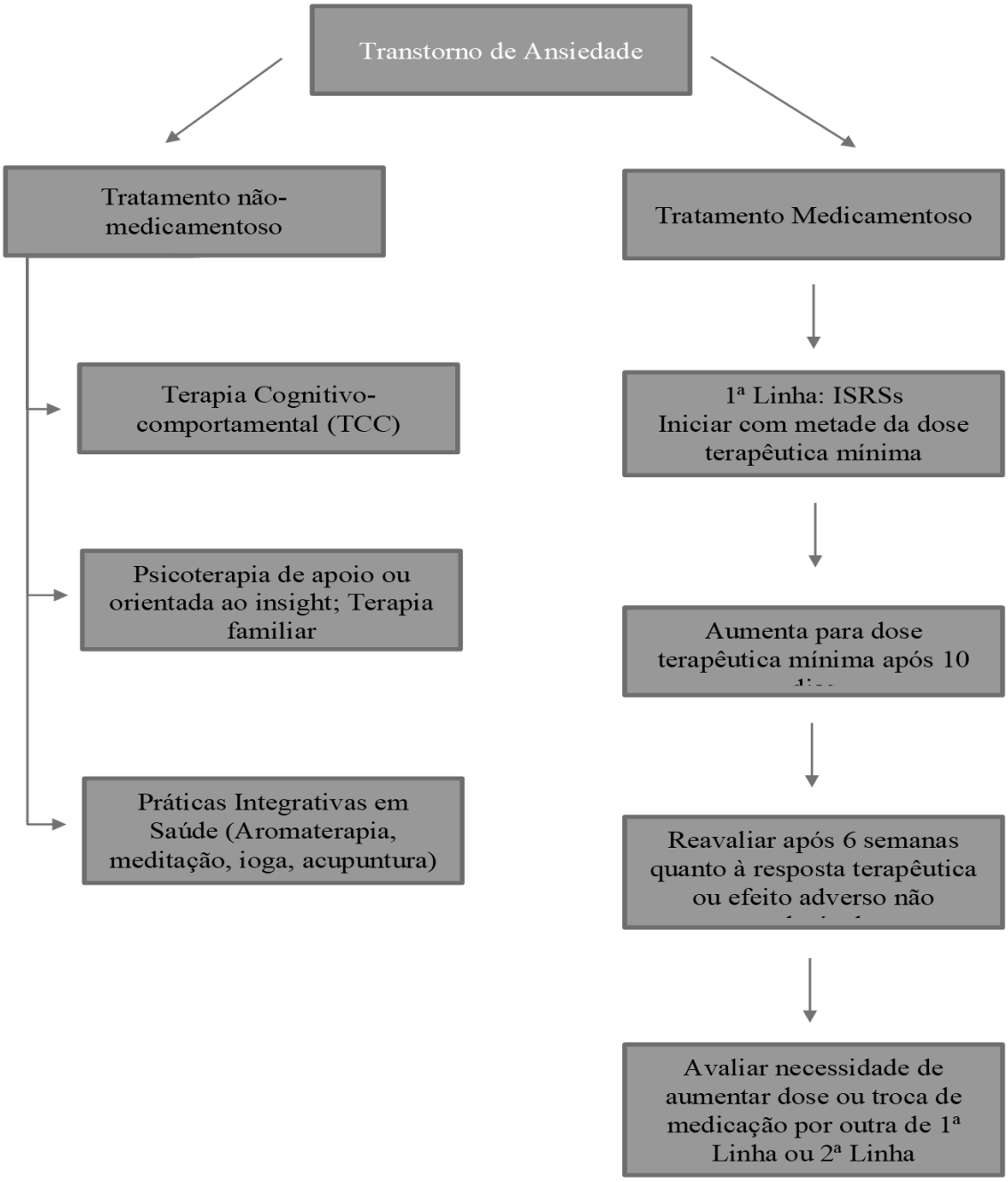
b) Seu pai ter morrido de AVC.

c) Ela relatar que “sempre foi nervosa”.

d) Que esta tendo dificuldade de concentração.

Gabarito: 1-B, 2-B, 3-A.

FLUXOGRAMA



Fonte: Elaborado pelos autores, (2021).

REFERÊNCIAS

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). , Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2013. p. 64–74. v. 8, n. 26. DOI: 10.5712/rbmfc8(26)536. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/536 Acesso em: 17.06.2021.

BALIEIRO JR., Ari Pedro et al. Grupo, discurso e ansiedade. Ribeirão Preto: Rev. SPAGESP, 2004. p. 77-82. v. 5, n. 5. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702004000100014&lng=pt&nrm=iso>. Aceso em 15.05.2021.

BARCELLOS, M. T.; BURIGO, L. M.; AGOSTINHO, M. R; KATS, N. Teleconduta ansiedade. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

BRASÍLIA, Ministério da Saúde, 2013.176 p.: il. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde.

CORDIOLI, A. V.; Filho, C.; Gomes, A. Psicofármacos: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2000. P. 556.

FILHO, O.C.S.; SILVA M.P. Transtornos De Ansiedade Em Adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. Adolesc saude. 2013 p.31-41. n. 3

GNATTA, J. R.; DORNELLAS, E. V. S.; PAES, M. J. O uso da aromaterapia no alívo da ansiedade. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2011. p. 257-263. v. 24, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200016>. Epub 14 Out 2011. ISSN 1982-0194. https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200016. Acesso em: 17.06.2021

GONÇALVEZ, R. M. A.; LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. B. Estudo do trabalho em núcleos de apoio à saúde da família (NASF). São Paulo: Rev. bras. saúde ocup., 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0303-7657000078013. Acesso em: 17.06.2021

JUNG, C. G. A Prática da Psicoterapia. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. 2007

MENEZES, A. L. A.; CORREIA, C. R. M.; Clinica da saúde mental na atenção primária em saúde. São Luiz: UNASUS, 2017.

NOGUEIRA, C. A.; CRISOSTOMO, K. N.; SOUZA, R. S.; PRADO, J. M. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. Barreiras – BA: Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano, 2017. Disponível em: http://noar.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190 Acesso em: 16.05.2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de saúde mental. - Curitiba: SESA, 2014. 56 p

PLUTARCO, L. W.; OLIVEIRA, G. M.; GUSMÃO, E. E. S.; BIERMANN, M. C.; FARIAS, M .G. A psicoeducação aliada ao registro de pensamentos na melhora da ansiedade: um relato de caso. Anais do encontro de iniciação científica da UNI7, Fortaleza –CE: [s.n.], 2019. Disponível em: https://periodicos.uni7.edu.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/700 Acesso em: 16.06.2021.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STAHL, S. Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology. 6 ed, 2017.

ZUARDI, A. W. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. Ribeirão Preto: [s.n.], 2017., p. 51-55. v. 50, n.1 DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p51-55. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127538 . Acesso em: 5 jun. 2021.

CAPÍTULO XLVII

TRANSTORNOS DE SINTOMAS SOMÁTICOS E TRANSTORNOS RELACIONADOS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-47

Autor(a): Mônica Sales Farias
Coautores: Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
Júlia Oliveira de Assis
Mateus Rodrigues de Aguiar
Orientador(a): Danilo Gonçalves Dantas

1. TRANSTORNOS DE SINTOMAS SOMÁTICOS E TRANSTORNOS RELACIONADOS

A somatização é definida como sintomas físicos sem explicação médica que são associadas a um sofrimento psíquico ou estressor. Vale ressaltar, entretanto, que a somatização é um fenômeno que pode ser experimentado por indivíduos sem nenhum transtorno psiquiátrico. Cerca de 60 a 80% dos indivíduos saudáveis já vivenciaram sintomas somáticos pelo menos uma vez ao longo de suas vidas.

O transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados é uma categoria no DSM-5, que substituiu o termo “transtorno somatoformes” do DSM-IV. O que irá definir se o paciente tem ou não um transtorno de sintomas somáticos ou um transtorno relacionado é a presença de um sintoma somático associado a sofrimento e prejuízo significativo, além de comportamentos e pensamentos mal adaptativos relacionados a esses sintomas. Vale frisar que a ausência de explicação médica da origem dos sintomas não é suficiente para realizar o diagnóstico, pois não se trata de um diagnóstico de exclusão. Nesse grupo estão incluídos o transtorno de sintomas somáticos, o transtorno de ansiedade de doença, o transtorno conversivo e o transtorno factício.

É importante estabelecer que pacientes com esse tipo de diagnóstico podem ter prejuízos no âmbito social, profissional e financeiro. São tipicamente indivíduos que procuram repetidamente a emergência em busca de uma resposta para seus sintomas, realizando exames e procedimentos invasivos e desnecessários, além de se sujeitar a condutas, muitas

vezes, iatrogênicas. Usualmente, pacientes com sintomas somáticos sofrem com preocupação excessiva acerca do que estão sentindo e investem muito tempo e dinheiro em exames, consultas e medicações. Em decorrência disso essa população tem um custo com a saúde maior que a população geral.

Neste capítulo iremos abordar cada um dos transtornos deste grupo com o objetivo de diferenciar cada um deles, realizando o diagnóstico diferencial e o manejo adequado.

1.1. TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS

1.1.1. INTRODUÇÃO

Sintomas somáticos são uma causa importante de procura de atendimentos em urgências e unidades básicas de saúde. São menos comumente vistos em contextos psiquiátricos e, dessa forma, é de grande importância que o clínico saiba reconhecer e manejar de forma adequada. Quanto à prevalência do TSS, a taxa estimada é entre 5-7% na população geral com predominância no sexo feminino.

Os indivíduos com TSS tem uma tendência a amplificar as sensações somáticas e têm baixo limiar a desconfortos físicos, gerando sintomas somáticos. Alguns fatores de risco estão implicados nesse processo, como doença crônica, traumas ou doença durante a infância e habilidades de enfrentamento pouco desenvolvidas. Pacientes com predisposição, quando são expostos a algum fator precipitante, podem desenvolver sintomas somáticos e alguns desses fatores são: doença clínica ou psiquiátrica, estresse, baixo suporte social, morte de familiar próximo, separação e problemas financeiros.

Os pacientes tendem a desenvolver um curso persistente (período maior que seis meses) se continuarem sendo expostos a estressores crônicos, se tiverem habilidades de enfrentamento mal adaptativas e hábitos de vida não saudáveis como tabagismo, etilismo e sedentarismo. Os fatores predisponentes, precipitantes e perpetuadores estão resumidos abaixo na Tabela 1.

Tabela 1 - Fatores predisponentes, precipitantes e perpetuadores do TSS

Fatores predisponentes	Fatores precipitantes	Fatores perpetuadores
Adversidades durante a infância (por exemplo, abuso sexual)	Doenças, tanto clínicas como psiquiátricas	Estressores crônicos
Doença crônica clínica ou psiquiátrica durante a infância	Adversidades como perder o emprego e término de relacionamento	Habilidades de enfrentamento mal adaptativas

Fatores predisponentes	Fatores precipitantes	Fatores perpetuadores
Habilidades de enfrentamento pouco desenvolvidas	Perda de suporte social	Hábitos de vida não saudáveis

Adaptada do artigo: Approach to the patient with multiple somatic symptoms. Med Clin North Am. (2014);98(5):1079-1095.

1.1.2. QUADRO CLÍNICO

O Transtorno de Sintomas Somáticos é definido pelo DSM-5 como sofrimento psíquico e prejuízo na vida diária de um indivíduo com um ou mais sintomas somáticos. Em geral, o paciente relata persistência dos sintomas por um período de, no mínimo, 6 meses, no entanto não precisam estar presentes de forma contínua. Além disso, um entre os três sintomas a seguir necessita estar presente:

(1) Pensamentos desproporcionais acerca da gravidade dos seus sintomas;

(2) Ansiedade excessiva acerca da sua saúde e sintomas;

(3) Gasto excessivo de tempo e energia relacionados a esses sintomas ou a preocupações acerca de sua saúde.

O Transtorno é definido como leve se a pessoa tiver apenas um desses sintomas, como moderado se obtiver dois ou mais e grave caso tenha dois ou mais sintomas associados a múltiplas queixas somáticas ou um sintoma somático grave. Além disso, pode ser especificado se há insight presente caso o paciente reconheça que as preocupações com os seus sintomas são desproporcionais.

Vale ressaltar que sintomas somáticos que não são mais bem explicados por uma condição médica geral não são suficientes para que o diagnóstico de TSS seja realizado. A base do diagnóstico é a aflição ou perturbação significativa causada pelos sintomas somáticos. Esses sintomas podem vir associados a doenças clínicas e o indivíduo referir sintomas que podem ser justificados por uma condição clínica de base, contudo, são amplificados por um transtorno de sintomas somáticos comórbidos. Também é comum a coexistência com sintomas depressivos e ansiosos, sendo possível um diagnóstico comórbido de transtorno depressivo ou ansioso com TSS em até 70% dos casos.

Na prática clínica, principalmente na atenção primária à saúde, é necessário ter estratégias para suspeitar de sintomas somáticos e realizar a investigação. Pacientes que relatam múltiplas queixas, apresentam coexistência de sintomas depressivos ou ansiosos e apresentam relação temporal dos sintomas com algum conflito em sua vida, falam a favor de sintomas somáticos.

Os sintomas apresentados pelos pacientes podem variar desde sintomas mais localizados como dor abdominal, até sintomas mais inespecíficos como fadiga. Associado a isso, apresentam um nível de ansiedade elevada em relação a esses sintomas, acreditam que eles são nocivos para sua saúde e assumem um papel central na vida do indivíduo, muitas vezes, prejudicando suas relações interpessoais.

O alto nível de utilização de serviços de saúde é marcante, frequentemente procurando mais de um profissional devido a um ou mais sintomas, porém, na maioria das vezes as intervenções costumam não melhorar os sintomas ou podem até piorá-los. É comum a verificação constante no corpo em busca de alterações físicas, além de evitar a prática de atividades físicas por medo de que sua saúde seja prejudicada.

São pacientes que, durante a consulta, é difícil trazer outros assuntos que não sejam seus sintomas. Costumam achar que suas queixas não estão sendo valorizadas quando o profissional sugere que os sintomas não são indicativos de doença grave ou quando é sugerido procurar um serviço em saúde mental.

Torna-se necessário nunca desvalorizar uma queixa clínica trazida pelo paciente, cabendo ao clínico, a depender das queixas clínicas levadas pelo paciente, descartar causas orgânicas, principalmente as endocrinopatias, doenças reumatológicas, metabólicas e neoplásicas. Vale ressaltar que o diagnóstico de fibromialgia ou de síndrome do intestino irritável não é suficiente para o diagnóstico de TSS, pois teria que satisfazer os critérios diagnósticos do TSS. No entanto, há uma forte correlação entre eles, podendo haver o diagnóstico comórbido.

O transtorno de sintomas somáticos deve ser diferenciado dos sintomas somáticos associados a outros transtornos psiquiátricos. Por exemplo, em um episódio depressivo ou em um transtorno ansioso o paciente pode ter queixas somáticas, no entanto, só teria o diagnóstico de TSS caso esses sintomas gerassem uma ansiedade e angústia considerável, fazendo-o investir tempo e energia em relação a isso, conforme os critérios do DSM-5. No caso de o paciente obedecer aos critérios ele teria um TSS comórbido.

Outra doença muito confundida com o TSS é o Transtorno de Ansiedade de Doença, nesse caso, o paciente não tem queixas somáticas, pois o que prevalece é o medo de adoecer. Já no transtorno delirante do tipo somático as crenças e o comportamento acerca dos sintomas somáticos são mais fortes, chegando a ter intensidade delirante, o que não se aplica ao TSS. Na tabela 2 estão reunidos os diagnósticos diferenciais mais importantes do TSS.

Tabela 2 - Diagnóstico diferencial do transtorno de sintomas somáticos.

Outras condições médicas	Endocrinopatias, doenças reumatológicas, metabólicas e neoplásicas.
Transtorno de Pânico	Os sintomas somáticos associados a ansiedade ocorrem em episódios agudos
Transtorno de Ansiedade Generalizada	As preocupações são em torno de múltiplos eventos e situações. O foco principal não está em sintomas somáticos e medo de doença.
Transtornos Depressivos	Pode haver sintomas somáticos, mas a sintomatologia central está na alteração do humor (humor deprimido e anedonia)
Transtorno de Ansiedade de Doença	Preocupação extensa em relação a saúde e medo de adoecer, no entanto, com sintomas somáticos mínimos ou inexistentes.
Transtorno Conversivo	Gira em torno da perda de função (por exemplo, visão, movimentação de um membro) e sintomas neurológicos.
Transtorno Delirante	Crenças e comportamentos associados aos sintomas somáticos são delirantes
Transtorno Dismórfico Corporal	É excessivamente preocupado com um defeito percebido em suas características físicas.
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Pensamentos intrusivos e comportamentos repetitivos

Fonte: Adaptada do DSM-5

O TSS normalmente tem curso episódico, que duram de meses até anos e se alternam com períodos de remissão. Normalmente têm relação temporal com fatores estressantes vivenciados pelo paciente. Em geral, têm bom prognóstico com até 50% dos pacientes tendo melhora significativa e sem recorrência dos sintomas.

1.1.3. MANEJO

O TSS tende a ser subdiagnosticado, pois os pacientes frequentemente se recusam ou se negam ao atendimento psiquiátrico. Ou seja, é de suma importância que o profissional da atenção primária à saúde saiba reconhecer e manejar indivíduos com sintomas somáticos.

Primeiramente torna-se necessário estabelecer um vínculo de confiança com o paciente, demonstrando empatia ao evitar dizer que seus sintomas são psicogênicos ou que não tem nada de errado com sua saúde. Uma boa forma de melhorar o vínculo é programar consultas a cada 1 ou 2 meses, por exemplo, a fim de evitar que ele procure consultas de emergência, gerando um aumento de sua ansiedade.

Então, cabe ao profissional valorizar as queixas do paciente e explorar seus sintomas somáticos. Contudo, deve evitar perguntas muito invasivas e objetivas sobre os sintomas, preferindo perguntas abertas como:

- “O que você acha sobre esses sintomas?”
- “Me conte melhor sobre isso”
- “O que mais lhe incomoda no momento?”

Após estabelecer um bom vínculo com o paciente é importante investigar a relação desses sintomas com estressores ambientais que o indivíduo possa estar vivenciando e questionar sobre possíveis sintomas depressivos e ansiosos que o paciente apresente. Nunca esqueça de envolver o paciente nesse processo e estabelecer junto dele as principais metas e objetivos, incentivando-o a aprender a lidar com esses sintomas ao invés de focar em uma “cura”.

Portanto, é fundamental que não sejam solicitados exames desnecessários, a não ser que haja sinais objetivos da necessidade da solicitação. Evitar a polifarmácia e, se possível, descontinuar medicações com potencial de dependência, como opioides e benzodiazepínicos.

Além disso, é necessário que haja o incentivo a um estilo de vida saudável, com alimentação balanceada, prática de atividades físicas e evitar uso de bebidas alcoólicas em excesso, por exemplo. Como boa parte dos pacientes tem diagnóstico comórbido de depressão ou ansiedade associado, é necessário, realizar a investigação de sintomas chaves desses tipos de transtornos e, se for o caso, realizar o tratamento adequado de cada um deles.

Vale apontar algumas atitudes que devem ser evitadas, como:

- Dizer: “Você não tem nenhum problema” e explicar precocemente que os problemas são de cunho “emocional”.
- Confrontar o paciente. Ao invés dessa postura, concorde com ele que ele precisa de ajuda.

O tratamento de primeira linha do transtorno de sintomas somáticos deve ser realizado por meio de psicoterapia a qual poderá ser realizada em grupo ou de forma individual. Quando realizada de forma individual, a abordagem que demonstrou ter mais eficácia na literatura foi a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O tratamento farmacológico pode ser útil no transtorno de sintomas somáticos quando uma comorbidade estiver associada, geralmente com transtornos depressivos e ansiosos. Dessa forma, o tratamento específico dessas condições deverá ser estabelecido.

1.2. TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE DOENÇA

1.2.1. INTRODUÇÃO

O transtorno de ansiedade de doença é um diagnóstico psiquiátrico criado com o DSM-5 em decorrência do fim de uma entidade diagnóstica chamada hipocondria. Este transtorno consiste principalmente em um grau elevado de ansiedade relacionado a ter ou adquirir uma doença grave. Diferentemente do TSS, nesse transtorno o paciente terá poucos ou nenhum sintoma somático, mas terá medos ou preocupações excessivas acerca de vir a ter alguma condição ameaçadora à vida, além de comportamentos mal adaptativos associados.

Os dados epidemiológicos desse transtorno ainda são escassos, pelo fato de ser uma entidade diagnóstica nova, então ainda são usados dados da hipocondria, mas como os critérios foram alterados provavelmente esses dados não podem ser atribuídos completamente ao transtorno de ansiedade de doença. Ainda não há comprovação na literatura para a etiologia do transtorno de ansiedade de doença, porém há relatos de que pode estar relacionado com a presença de história prévia de abuso sexual e de doença grave na infância.

1.2.2. QUADRO CLÍNICO

A característica marcante do transtorno de ansiedade de doença é a crença do paciente de que ele tem uma doença grave não diagnosticada. Ele pode realizar insistentemente exames e consultas médicas, mas a crença se mantém ou passa a ser de uma outra doença. Nesta entidade nosológica os sintomas somáticos não estão presentes, mas o paciente pode interpretar um sintoma físico fisiológico como algo patológico como, por exemplo, palpitação transitória, zumbido no ouvido ou eructação e levar essas queixas ao médico clínico com um grau de preocupação desproporcional à queixa apresentada.

Geralmente, esses pacientes investem muito tempo em comportamentos disfuncionais relacionados a essas preocupações e sua saúde física se torna papel central em sua vida. Costumam se auto examinar constantemente em busca de alterações físicas, pesquisam incessantemente na internet sobre sua possível doença e conversam a todo instante com amigos e familiares em busca de apoio e tranquilização. Além disso, tendem a evitar muitas situações que, do ponto de vista deles, podem prejudicar sua saúde.

O DSM-5 lista os critérios a seguir para que o diagnóstico seja realizado:

i. Preocupação em ter uma doença grave;

ii. Sintomas somáticos não estão presentes (ou presentes em intensidade leve);
iii. Presença de um alto de nível de ansiedade em relação à saúde pessoal;
iv. Comportamentos excessivos relacionados à saúde;
v. Preocupação com duração de 6 meses (doença pelo qual o paciente se preocupa pode mudar durante esse período);
vi. Excluir outros possíveis diagnósticos diferenciais (transtorno de sintomas somáticos, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno dismórfico corporal, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno delirante).

1.2.3. MANEJO

Geralmente os pacientes com transtorno de ansiedade de doença procuram médicos clínicos e o pronto atendimento e não costumam aceitar facilmente que precisam de acompanhamento psiquiátrico. O médico clínico ou generalista deve:

- Realizar a escuta ativa das queixas do paciente.
- Investigar transtornos comórbidos (principalmente depressão e ansiedade).
- Investigar a existência de estressores ambientais, conflitos familiares ou perdas recentes.
- Elaborar junto com o paciente uma proposta de tratamento e fazer os encaminhamentos necessários.

Assim como no transtorno de sintomas somáticos, o tratamento de primeira linha do transtorno de ansiedade doença é por meio de psicoterapia, que pode ser realizada tanto em grupo como individual. A abordagem mais estudada nesse transtorno é a Terapia Cognitivo-Comportamental, entretanto, também podem ser utilizadas técnicas de *mindfulness* e hipnoterapia.

A abordagem farmacológica apresenta benefícios em pacientes que têm transtornos comórbidos associados, em que os mais comuns são transtornos ansiosos e depressivos e, na maioria dos casos, são usados medicamentos antidepressivos, normalmente da classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina.

1.3. TRANSTORNO CONVERSIVO (TRANSTORNO DE SINTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONAIS)

1.3.1. INTRODUÇÃO

O transtorno conversivo ocorre quando há uma alteração na sensibilidade ou na motricidade de um paciente de forma involuntária, mimetizando sintomas neurológicos, mas sem que haja prejuízos anatômicos reais. Esses sintomas são de duas a três vezes mais comuns no sexo feminino, geralmente surgem na adolescência e, comumente, vêm acompanhados de um diagnóstico comórbido de depressão, ansiedade ou transtorno de personalidade do cluster B. A fim de esclarecer a etiologia desse transtorno algumas teorias psicanalíticas explicam que a origem dos sintomas é causada por conflitos intrapsíquicos inconscientes reprimidos que levam a uma ansiedade convertida em sintomas neurológicos funcionais.

1.3.2. QUADRO CLÍNICO

No transtorno conversivo o paciente desenvolve sintomas neurológicos como:

- Fraqueza ou paralisia
- Tremor ou distonia
- Parestesia
- Perda ou redução da visão ou audição
- Perda da consciência
- Tremores generalizados que podem se assemelhar a um episódio convulsivo
- Disfonia ou disartria

Além desses, os pacientes podem apresentar uma ampla variedade de sintomas, desde que sejam sintomas neurológicos, de produção involuntária e que não sejam causados por uma condição médica específica ou por uso de substância ou medicação.

Dentre os sintomas sensoriais o mais comum é a hemianestesia e as anestesias em bota e luva. Mas, além destes, pode haver perda da visão e audição. Geralmente esses sintomas se instalam de forma súbita após algum estressor e têm natureza transitória em média de duas semanas. Ao exame neurológico não há alterações, existindo uma clara discordância entre as queixas clínicas apresentadas. Já entre os sintomas motores os que ocorrem com mais frequência são: alteração da marcha, paresia ou paralisia de membros.

Também é muito comum ocorrerem “pseudoconvulsões”, como normalmente são conhecidos os sintomas convulsivos que podem surgir nesses pacientes. Algumas

características das pseudoconvulsões podem ajudar a diferenciar das crises epilépticas verdadeiras:

- Movimentação assincrônica dos membros
- Movimentação pélvica rítmica
- Movimentação corporal ondulatória
- Início situacional (relacionado com estressor psíquico, por exemplo)

O DMS-5 define os seguintes critérios para realizar o diagnóstico do transtorno conversivo:

(A) Alteração da função sensorial ou motora;

(B) Incompatibilidade entre as queixas do paciente e o exame físico e neurológico;

(C) O sintoma não pode ser mais bem explicado por outra condição médica;

(D) O sintoma causa prejuízos no funcionamento do indivíduo em vários aspectos de sua vida.

1.3.3. MANEJO

A evolução natural dos sintomas conversivos é a resolução espontânea mesmo sem um tratamento específico. No entanto, alguns pacientes irão necessitar de terapia orientada para o insight, cognitivo-comportamental ou psicanálise caso apresentem uma gravidade maior dos sintomas ou um tempo maior de instalação do quadro clínico. Pacientes com sintomas conversivos geralmente possuem diagnóstico de comorbidades psiquiátricas, sendo necessário manter um acompanhamento psicoterápico e/ou psiquiátrico avaliando quanto à necessidade do uso de psicofármacos. Vale ressaltar, entretanto, que a condição do transtorno conversivo por si só não exige o uso de medicação específica, apenas apoio psicossocial multiprofissional.

1.4. TRANSTORNO FACTÍCIO

O transtorno factício consiste em produzir sintomas ou doenças em si ou em terceiros a fim de receber atenção médica. Ressalta-se que esse comportamento, conforme é descrito no DSM-5, não é motivado por recompensas claramente expressas como benefícios do governo, aposentadoria ou ganho financeiro. O ganho que o paciente espera é primário, ou seja, ele deseja estar no papel de doente e receber atenção da equipe médica.

Para o diagnóstico desse transtorno os seguintes critérios devem estar presentes:

- Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos;

- O indivíduo se apresenta a outros como doente, incapacitado ou lesionado (ou apresenta outro a terceiros, no caso de transtorno factício autoimposto);
- O comportamento fraudulento é evidente, mesmo na ausência de recompensas externas óbvias;
- Não é mais bem explicado por outro transtorno como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Um diagnóstico diferencial importante de transtorno factício é o diagnóstico de simulação que consiste na produção intencional de sintomas motivada por ganhos que são identificáveis como benefícios previdenciários, ganhos financeiros, faltas no trabalho, fugir de processos criminais ou evitar o serviço militar, isto é, o paciente é motivado por um ganho secundário.

2. CASO CLÍNICO

T.A.R. 43 anos, sexo feminino, procura atendimento no acolhimento da unidade de Atenção Básica à Saúde (UBS) em função de dor abdominal difusa de moderada intensidade, fadiga, dor nas pernas e insônia. Ela relata que esses sintomas se iniciaram após descobrir traição de seu marido há 2 meses. Relata que já procurou diversas vezes a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no entanto, os exames não evidenciavam alteração nenhuma. Já chegou a realizar três exames de endoscopia digestiva por conta própria que não evidenciaram alterações. Relata que não tem mais vontade de assistir suas novelas e de cozinhar há 6 meses e passa a maior parte do dia deitada e com dores nas pernas. Fala que não tem perspectiva na vida e não sabe se vale a pena viver desse jeito. Durante a consulta solicita uma nova endoscopia, pois acredita que tem *H. Pylori.*

Exame mental: paciente se apresenta com vestes simples, com cabelos desgrenhados, chorou diversas vezes durante a consulta, solicitou que o exame fosse solicitado ou que o tratamento para *H. Pylori* seja logo prescrito. Não responde a várias perguntas realizadas e constantemente volta ao assunto de sua dor abdominal.

QUESTÕES

1. **Com base no caso clínico apresentado, qual diagnóstico mais provável apresentado pela paciente?**

a) Transtorno de sintomas somáticos

b) Transtorno bipolar

c) Transtorno delirante

d) Transtorno de ansiedade de doença

2. Como você realizaria o seguimento dessa paciente?

a) Orientaria a paciente a procurar logo o CAPS pois não se trata de uma dor abdominal de etiologia orgânica

b) Agendaria retornos mensais na Unidade de Atenção Básica e solicitaria a equipe de saúde mental do município para que acompanhasse o caso em conjunto. Paralelamente a isso, realizaria a escuta ativa da paciente

c) Prescreveria omeprazol 20mg, 1 comprimido em jejum pela manhã, solicitaria uma endoscopia digestiva alta com biópsia e encaminharia a um gastroenterologista

d) Prescreveria fluoxetina 20mg, 1 comprimido pela manhã

3. Qual comorbidade associada a paciente apresenta e que tratamento você realizaria?

a) Transtorno depressivo maior – Fluoxetina 20 mg, 1 comprimido pela manhã

b) Transtorno de ansiedade generalizada – Amitriptilina 25mg, 1 comprimido a noite

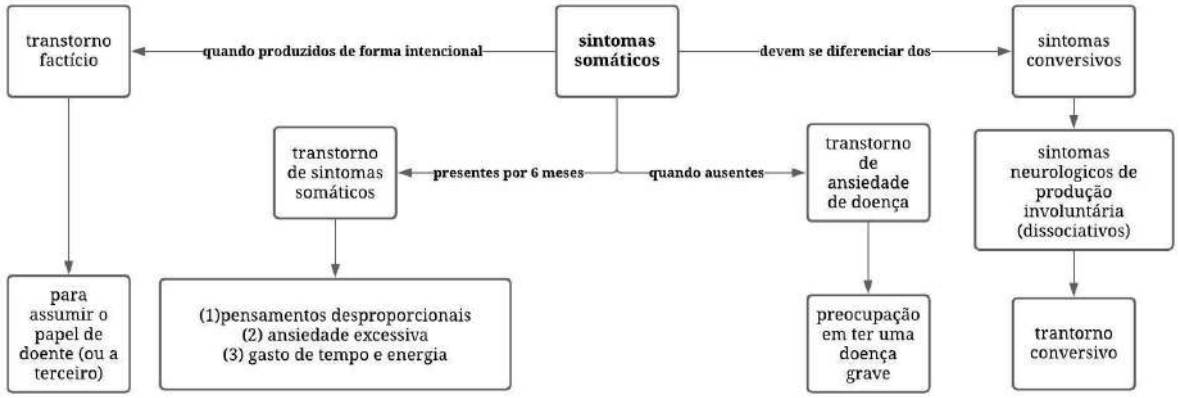
c) Transtorno delirante – Risperidona 1 mg, 1 comprimido a noite

d) Transtorno Bipolar em mania – Lítio 300mg, 1 comprimido de 12/12h

Gabarito: 1 – A, 2 – B, 3 – A.

FLUXOGRAMAS

Fluxograma – Diagnóstico diferencial dos sintomas somáticos



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5.ed. Washington, DC: London, England: American Psychiatric Association, 2013.

BURNETT-ZEIGLER, I.; et al. Mind-Body Approaches to Treating Mental Health Symptoms Among Disadvantaged Populations: A Comprehensive Review Journal of alternative and complementary medicine. New York. 2016 p. 115-24. V. 22. Disponível em: <doi:10.1089/acm.2015.0038>. Acesso em 21.05.2021

CROICU C.; CHWASTIAK.; KATON, W. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. Med Clin North Am. 2014

HALLER, H.; CRAMER, H.; LAUCHE, R.; DOBOS, G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. Dtsch Arztebl Int. 2015. P. 279-287. Disponível em: <doi:10.3238/arztebl.2015.0279> Acesso em 24.05.2021.

HENNINGSEN, P. Management of somatic symptom disorder. Dialogues Clin Neurosci. Munich, Germany. 2018. P. 23-31.

HILDERINK, P. H.; COLLARD, R.; ROSMALEN, J. G.; OUDE VOSHAAR, R. C. Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. Ageing Res Rev. The Netherlands. 2013. P. 151-156. Disponível em: <doi:10.1016/j.arr.2012.04.004> Acesso em 24.05.2021

HOLLIDAY, K.L.; MCBETH J. Recent advances in the understanding of genetic susceptibility to chronic pain and somatic symptoms. Curr Rheumatol Rep. Manchester, England. 2011. P. 521-527. Disponível em: <doi:10.1007/s11926-011-0208-4> Acesso em 21.05.2021.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J. Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2017.

LIU, Y.; ZHAO, J.; FAN, X.; GUO, W. Dysfunction in Serotonergic and Noradrenergic Systems and Somatic Symptoms in Psychiatric Disorders. Front Psychiatry. 2019. P.286. Disponível em: <doi:10.3389/fpsyt.2019.00286>. Acesso em 21.05.2019

SLUIJS, J. F. et al. Predictors of Persistent Medically Unexplained Physical Symptoms: Findings From a General Population Study. Frontiers in psychiatry vol. 9 613. Disponível em: <doi:10.3389/fpsyt.2018.00613> Acesso em 20.11.2018,

TOFOLI, Luís Fernando; ANDRADE, Laura Helena; FORTES, Sandra. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. São Paulo: Rev. Bras. Psiquiatria, 2011. p. 59-69. v. 33, n. 1

TORRES, Albina Rodrigues; CREPALDI, André Luiz. Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão. São Paulo: Rev. Bras. Psiquiatria, 2002., p. 144-151 v. 24, n. 3.

CAPÍTULO XLVIII

TRANSTORNOS DE HUMOR

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-48

Autor(a): Wendelly Soares Torres
Coautores: Francisco Clezion Franca Vasconcelos Júnior
Ítalo Ivo de Carvalho Araújo
José Francisco Igor Siqueira Ferreira
Orientador(a): Ana Luísa Barbosa Pordeus

1. TRANSTORNOS DO HUMOR

Os transtornos do humor se caracterizam por alterações no humor, ou seja, pela perda do controle das expressões afetivas e pela experiência subjetiva de grande sofrimento. Entende-se que a mania e a depressão são “polos” opostos, o que leva aos termos depressão unipolar, exemplificada em pacientes que só apresentam o polo para baixo ou depressivo, e bipolar, no qual os indivíduos, em diferentes momentos, apresentam o polo para cima (mania) ou o polo para baixo, a depressão. Há também outras alterações no humor, geralmente com menor repercussão na prática clínica, como a ciclotimia e a distimia.

A distimia, ou transtorno depressivo persistente, é uma forma crônica de depressão (dura pelo menos 2 anos ininterruptos), que pode ter de sintomas leves a graves. Os sintomas mais importantes são o humor deprimido e ao menos dois dos seguintes: diminuição da autoestima, falta de energia, alteração do sono, alteração do apetite, dificuldade de concentração, dificuldade de tomar decisões e sentimentos de desesperança. Também é muito comum na distimia, o mau humor crônico e a irritabilidade. Já na ciclotimia, ou transtorno ciclotímico ou ainda personalidade ciclotímica, os pacientes apresentam vários períodos de oscilações do humor, envolvendo múltiplos episódios com sintomas depressivos ou hipomaníacos, sem que, no entanto, apresentem duração, abrangência ou gravidade o suficiente para satisfazer os critérios diagnósticos do transtorno depressivo maior (TDM) ou do transtorno bipolar (TB). Outra característica marcante da ciclotimia é a cronicidade. Os indivíduos apresentam sintomas por pelo menos 2 anos, sem passar mais do que 2 meses assintomáticos. Como a mudança de humor pode se dar de maneira repentina, esses pacientes muitas vezes são taxados de temperamentais, mal-humorados ou inconstantes. O

tratamento da ciclotimia é semelhante ao do TB, assim como o da distimia, semelhante ao TDM. Neste capítulo, iremos nos aprofundar nos transtornos de humor mais comuns da prática clínica, o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar.

1.1. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

1.1.1. INTRODUÇÃO

A depressão é uma das doenças mais incapacitantes do mundo. No Brasil, o TDM aparece em quinto lugar no ranking de doenças mais incapacitantes. Além disso, representa a segunda maior causa de consulta nos ambulatórios gerais. É uma condição progressiva, que tende à recorrência e à cronicidade. A idade média de início varia entre 24 e 35 anos e acomete cerca de duas vezes mais mulheres que homens. A depressão afeta cerca de 6% das pessoas ao redor do mundo. Há uma estimativa de que 50% dos 800.000 suicídios que acontecem no mundo são decorrentes de um episódio depressivo. Acrescenta-se a isso, o fato que pessoas com depressão têm 20 vezes mais chances de cometer suicídio em relação à população geral. Tendo isso em vista, foi analisado que o impacto do TDM na qualidade de vida dos portadores pode ser tão grande ou maior que o de doenças crônicas como o diabetes e/ou a hipertensão.

Por definição, essa é uma doença na qual se caracteriza o humor triste ou irritável, e a perda do interesse em atividades prazerosas, podendo estar associado a alterações somáticas e cognitivas, que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Cerca de 60% dos pacientes apresentam queixas em relação ao prejuízo na vida pessoal e/ou profissional.

Com relação à fisiopatologia da depressão, podem estar associados diversos fatores, dentre eles, genéticos, ambientais, neuroendócrinos, imunológicos e monoaminérgicos. A teoria das monoaminas por muito tempo foi o centro das pesquisas e era considerada a teoria mais aceita para a gênese da depressão. De acordo com ela, há uma desregulação caracterizada por uma deficiência na quantidade ou na transdução de sinais de três neurotransmissores principais: serotonina, dopamina e noradrenalina. Essa teoria, com o passar do tempo, foi reformulada e as monominas, hoje, são consideradas sistemas neuromoduladores e sua desregulação tende a ser efeito secundário ou um efeito relacionado direta ou causalmente com a etiologia e a patogenia da depressão. Os tratamentos farmacológicos da depressão tiveram grandes avanços com base nessa teoria, uma vez que

parte do princípio que os fármacos devem atuar na liberação e recaptação desses neurotransmissores, aumentando assim sua oferta na fenda sináptica.

Outros fatores que são importantes para abordarmos nesse capítulo, são os ambientais. Sabe-se que eventos estressantes ocorridos na infância, tais como: experiências adversas ou traumáticas, abuso físico, sexual ou psicológico, maus-tratos aumentam a chance de desenvolvimento de TDM ao longo da vida. Outros eventos como, perda de emprego, instabilidade financeira, doença crônica, exposição à violência, separação e luto, são mais associados a um episódio depressivo na idade adulta. Além disso, é importante ressaltar o caráter genético da depressão. Uma pessoa com parente de primeiro grau com depressão, apresenta risco três vezes maior de desenvolver um transtorno depressivo, em relação à população geral. Esses fatores, em conjunto ou isoladamente, aumentam o risco de depressão em indivíduos vulneráveis.

1.1.2. QUADRO CLÍNICO

Uma das características principais da pessoa com depressão é o humor deprimido ou irritável que está presente na maior parte do dia, por pelo menos duas semanas (em crianças e adolescentes, mais comum o humor irritável). Muitos podem referir também sentimentos de raiva aumentados e/ou frustrações por coisas sem importância. Os pacientes com depressão sofrem ainda com a perda do interesse em atividades que antes eram prazerosas. Além disso, é comum a presença de insônia ou hipersonia, podendo ser acompanhada de fadiga, falta de energia e alterações no apetite. É bastante frequente pacientes com depressão cursarem com retardo psicomotor, lentidão, dificuldade em terminar frases, fala arrastada e, em alguns casos, mutismo. Entretanto, algumas pessoas possuem aumento da psicomotricidade, ficando, constantemente se mexendo de um lado para o outro, sem razão aparente e incapacidade de ficar quieto.

O indivíduo com depressão também pode apresentar alterações na rotina que atrapalham seu funcionamento profissional, como: dificuldade em realizar atividades, ou tomar decisões triviais ou dificuldade de se concentrar. Devido a essa dificuldade de concentração, a queixa de esquecimento é frequente, sendo esta, juntamente com a insônia, muitas vezes, o motivo da procura pelo serviço de saúde.

Além disso, pessoas com quadros depressivos podem apresentar ainda choro frequente e pensamentos recorrentes de culpa, morte ou ideação suicida (com ou sem

planejamento). Algumas pessoas referem sensação de “vazio” e desesperança. Existem casos em que pacientes se apresentam com sintomas somáticos, como dor no corpo, cefaleia, ao invés de sentimentos tristes, por isso, é importante uma boa anamnese a fim de se chegar a um diagnóstico correto.

Na tabela 1 é possível observar os critérios diagnósticos do TDM, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5):

Tabela 1 - Critérios diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior (TDM) segundo o DSM-5

A. Se cinco ou mais dos seguintes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de duas semanas e representem uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias. Em crianças e adolescentes, entretanto, pode ser humor irritável.
2. Anedonia, que seria a perda ou diminuição do interesse ou prazer em atividades que antes traziam satisfação.
3. Perda ou aumento de peso, sem que o paciente esteja realizando dieta. Em crianças, considerar o insucesso no ganho de peso.
4. Insônia ou hipersonia.
5. Agitação ou retardo psicomotor.
6. Fadiga ou perda de energia.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada.
8. Diminuição da capacidade para pensar ou se concentrar.
9. Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida com ou sem planejamento específico.

B. Prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Não associado a substâncias ou outras condições médicas.

D. Não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme ou transtorno delirante.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou hipomaníaco.

Fonte: Adaptado de American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; London, England, 2013.

1.1.3. CONDUTA

O tratamento para depressão deve incluir psicoterapia, farmacoterapia ou ambos. O seu principal objetivo é a remissão dos sintomas e o retorno da qualidade de vida do paciente. A escolha do antidepressivo deve ser feita com base no perfil do paciente, o custo benefício do fármaco a ser utilizado, segurança e dosagem ideais. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) ou inibidores de recaptação de noradrenalina e dopamina (IRND) são os preferidos no tratamento de depressão maior. Os antidepressivos tricíclicos (ADT), apesar de terem uma boa eficácia, não são considerados tratamento de primeira linha pelo perfil de efeitos colaterais, de forma semelhante aos inibidores da monoaminoxidase (IMAO). Este último, no

entanto, causa bem mais efeitos adversos. Dentre os antidepressivos supracitados, a fluoxetina (ISRS), a amitriptilina e a nortriptilina (ambos ADT) são amplamente distribuídos nos Centros de Saúde da Família para a população de baixa renda.

A fase aguda do tratamento dura 12 semanas (três meses) e tem como objetivo a redução igual ou maior de 50% na pontuação em escalas de avaliação do TDM. A continuação do tratamento, de quatro e nove meses após o início, tem como objetivo consolidar a melhora que foi obtida a partir da fase aguda. A manutenção do tratamento, que ocorre após um ano do início, tem como objetivo prevenir as recidivas em pacientes vulneráveis.

Para escolher qual classe de antidepressivo usar, deve-se organizar os sintomas em um diagnóstico e escolher uma classe farmacológica que atue nos mesmos circuitos cerebrais que o quadro clínico do paciente. Por exemplo, se em um paciente os sintomas predominantes são dificuldade de concentração, desinteresse e fadiga, a abordagem farmacológica sugerida é ter como alvos a noradrenalina e a dopamina em antidepressivos de primeira linha, como os IRSN ou IRND. O espectro de ação do fármaco escolhido deve, estrategicamente, ser maior que os sintomas associados para prevenir recidivas. Outro ponto importante é que antidepressivos com ação dupla tanto em receptores serotoninérgicos quanto noradrenérgicos são mais efetivos nas depressões melancólicas. Na tabela 2, é possível observar alguns antidepressivos, suas respectivas classes, bem como a dose mínima terapêutica e a dose máxima no tratamento da depressão (doses mais altas podem ser utilizadas em outros transtornos).

Em caso de depressão em que o paciente teve melhora dos sintomas, mas cujo quadro clínico não apresentou remissão, deve-se aumentar a dose do antidepressivo. Por outro lado, se o paciente não teve melhora alguma, deve-se substituir o antidepressivo para outro, que pode ser da mesma classe (por exemplo, trocar fluoxetina por sertralina) e, preferencialmente, de primeira linha. Ademais, em caso de sintomas residuais, uma estratégia eficaz é realizar uma combinação de antidepressivos de classes diferentes, que atuem em dois tipos de sintomas ou utilizar outras estratégias de potencialização, como associação de antipsicóticos de segunda geração.

Em quadros mais graves, como no caso de depressão com sintomas psicóticos, é aconselhável a associação de um antipsicótico. Já em caso de gravidez, o médico de família deve avaliar os riscos e os benefícios da terapia farmacológica, a possibilidade de psicoterapia e/ou encaminhar a paciente à psiquiatria.

Os fatores de risco os quais indicam que o tratamento deve ser continuado são quando ocorrem episódios graves, com ou sem sintomas psicóticos; cronicidade do TDM, sintomas residuais, episódios frequentes e refratariedade.

Tabela 2 - Mecanismo de ação e dosagem de antidepressivos.

Mecanismo de ação	Antidepressivo	Dose mínima terapêutica (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)
Inibidores seletivos de recaptação de serotonina – ISRS	Citalopram Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Sertralina Paroxetina	20 10 20 50 50 20	40 10 80 200 200 60
Inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina – IRSN	Desvenlafaxina Duloxetina Venlafaxina	50 60 75	100 120 225
Inibidores de recaptação de noradrenalina e dopamina – IRND	Bupropiona	300	450
Antidepressivos tricíclicos – ADT	Amitriptilina Clomipramina Nortriptilina	75 75 75	300 250 150

Fonte: Adaptado de STAHL SM. Fundamentos de Psicofarmacologia de Stahl: Guia de Prescrição 6a ed. Artmed; Porto Alegre (2019).

O médico de família deve, ainda, conscientizar os pacientes sobre os efeitos colaterais dos antidepressivos utilizados e sobre o tempo mínimo necessário para aquela medicação fazer efeito, em média três a quatro semanas. Falaremos sobre os dois tipos que são mais distribuídos nos Centros de Saúde da Família.

- Os diferentes ISRSs (fluoxetina, por exemplo) podem causar náuseas, vômitos, agitação, ansiedade, insônia, nervosismo, fadiga, perda ou ganho de peso, disfunções sexuais, dentre outros. Entretanto, eles são mais tolerados que os ADTs e têm alta segurança na superdosagem.
- Os pertencentes à família dos ADTs ocasionam, com frequência, boca seca, visão turva, taquicardia, tremores, sedação, dificuldade de memória, ganho de peso, redução da libido e abstinência quando seu uso é retirado abruptamente. Ademais, superdosagem pode ser fatal.

É importante lembrar também que os tricíclicos devem ser iniciados em doses baixas e aumentar gradativamente, a fim de evitar ou diminuir os efeitos colaterais. Por exemplo, ao iniciar a amitriptilina, devemos começar com a dose de 25mg e esperar de 3 a 7 dias para

realizar novo aumento, sempre checando a tolerabilidade do paciente, até atingir a dose terapêutica. Por ter um perfil de efeitos colaterais pouco tolerados pelos pacientes, recomenda-se que se espere um pouco até que o organismo se adapte a eles. Caso os sintomas persistam, o que é mais comum de acontecer em doses mais altas, pode-se tentar diminuir a dose ADT, antes de pensar em trocar por outra medicação.

Por fim, deve-se recomendar ao paciente com depressão que faça psicoterapia. Vários estudos mostraram a eficácia da combinação terapia + tratamento farmacológico na melhoria de qualidade de vida, remissão dos sintomas e bem-estar geral, visto que ambos podem causar alterações epigenéticas nos circuitos cerebrais, além de que os dois tipos de tratamento atuam sinergicamente, potencializando a eficiência do processamento de informações nos neurônios disfuncionais. Outrossim, a terapia atua na prevenção de recidivas, pois ensina ao paciente como lidar com situações que antes eram difíceis ou complicadas para ele, além de ajudar na formação de boas memórias associadas ao crescimento pessoal e ao sentimento da defesa de si próprio.

1.2. TRANSTORNO BIPOLAR

1.2.1. INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar, também chamado de transtorno afetivo bipolar (TAB) ou transtorno do humor bipolar (THB), é uma condição psiquiátrica comum, caracterizada por oscilações persistentes de humor, com fases de mania/hipomania e depressão, que se intercalam com períodos de remissão. Apesar disso, não é necessária a presença de episódios depressivos para o diagnóstico (ver adiante em quadro clínico). O transtorno bipolar é uma doença episódica ao longo da vida, apresenta curso variável e resulta em comprometimento cognitivo e redução da qualidade de vida.

A mania e a hipomania, seriam, didaticamente falando, a face oposta à depressão, tendo como manifestação central um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, aumento da atividade motora, da energia e, de maneira geral, de todas as funções psíquicas, principalmente, o pensamento, que fica acelerado, sendo comum também o surgimento de ideias de grandeza. Outras características dos episódios de mania e hipomania podem ser visualizadas na tabela 3.

É comum que pessoas no estado de mania/hipomania apresentem sensação intensa de bem-estar, alegria ou ainda euforia. Além disso, o sujeito se mostra muito seguro de si, de

seu discurso, de suas capacidades e características pessoais, podendo ainda apresentar um otimismo exagerado. Por causa disso, é comum os indivíduos nos estados de elevação de humor, apresentarem um baixo *insight* sobre o seu adoecimento.

Apesar de ser um transtorno mental comum, muitas vezes o TAB não é reconhecido na atenção primária. Cerca de 30% dos indivíduos atendidos em unidades básicas de saúde, com sintomas depressivos e ansiosos, podem ter transtorno bipolar. Os pacientes costumam buscar atendimento quando estão deprimidos e é comum que o episódio depressivo seja a primeira manifestação em pacientes bipolares, o que torna o diagnóstico um desafio.

De acordo com o DSM-5, o TB pode ser classificado em dois subtipos, o TB-1 e o TB-2. A prevalência do transtorno bipolar é de aproximadamente 1% em amostras populacionais americanas e brasileiras, sem diferença evidente entre os subtipos ou entre os sexos. Utilizando critérios mais abrangentes, alguns estudos aumentam a prevalência para até 8% da população, em formas ampliadas do espectro bipolar.

A idade média de início do TAB é após os 20 anos, embora existam casos que comecem na infância ou adolescência, assim como após os 50 anos. Os episódios maníacos costumam ter apresentação súbita, com rápida progressão de sintomas, e podem ser associados a estressores psicossociais.

1.2.2. QUADRO CLÍNICO

O diagnóstico de transtorno bipolar tipo I caracteriza-se pela existência de pelo menos um episódio maníaco. Já o transtorno bipolar tipo II, é classificado com a presença de, pelo menos, um episódio hipomaníaco e de um episódio depressivo maior, sem nunca ter tido um episódio maníaco propriamente dito. Um episódio hipomaníaco possui características semelhantes ao maníaco, mas sem um prejuízo funcional tão acentuado.

Mas como diferenciamos mania de hipomania? A diferenciação é feita através da gravidade e da duração dos sintomas listados abaixo. Um episódio de mania deve ter a duração de sintomas de, no mínimo, 7 dias e apresentar 3 (4 se o humor for apenas irritável) ou mais sintomas (ver tabela 3). Na mania, os sintomas são graves o suficiente a ponto de causar prejuízo funcional importante, além disso, pode apresentar sintomas psicóticos e demandar internação hospitalar. Via de regra, quando o paciente necessita de internamento hospitalar ou se apresenta com sintomas psicóticos, estamos diante de um episódio de mania.

Já na hipomania, a duração dos sintomas é, de no mínimo, 4 dias. No entanto, mesmo que outras pessoas consigam perceber as perturbações do humor naquele indivíduo, os sintomas não são graves o suficiente para causar prejuízo funcional. Sendo assim, o sujeito consegue continuar, por exemplo, trabalhando ou estudando.

Independente da classificação em transtorno bipolar I ou II, esses pacientes, após o início do tratamento, podem apresentar oscilações de humor para episódios depressivos, o que caracteriza a depressão bipolar (DB).

E como identificamos um episódio depressivo no TAB? Os critérios diagnósticos da depressão bipolar são os mesmos que já foram discutidos anteriormente na sessão de transtorno depressivo maior. A maioria dos pacientes com TB apresentam mais episódios depressivos, que seria a principal causa de incapacitação no transtorno, do que de mania/hipomania. A DB tem diferenças sutis em relação à depressão unipolar, sendo, portanto, difícil de realizar essa diferenciação. A tabela 4 apresenta características que podem auxiliar no diagnóstico correto do tipo de depressão.

Tabela 3 - Critérios diagnósticos de transtorno bipolar tipo I segundo o DSM-5.

A. Período de humor anormal e elevado, expansivo ou irritável, com aumento da atividade dirigida a objetivos, por pelo menos uma semana e presente na maior parte dos dias, quase todos os dias. Se necessário internação por esses motivos, é independente da duração. B. Pelo menos três (ou quatro se humor apenas irritável) dos seguintes sintomas: 1. Autoestima elevada ou grandiosidade; 2. Redução da necessidade de sono; 3. Loquacidade ou pressão por fala; 4. Fuga de ideias ou pensamento acelerado; 5. Distratibilidade; 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora; 7. Comportamentos de risco, como surtos de compras, atividades sexuais de risco ou gastos excessivos. C. Prejuízo funcional ou social. D. Não associado a substâncias ou condições médicas.

Fonte: Adaptado de American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association London, England (2013).

Tabela 4 - Características da depressão unipolar e da depressão bipolar

Critérios para o diagnóstico	Depressão unipolar	Depressão bipolar
Idade de início	Mais velha	Mais nova
Duração da fase	Mais longa	Mais curta
História familiar de mania	Menos frequente	Mais frequente
Resposta ao tratamento com antidepressivos	Boa	Ruim
Duração do sono	Mais curta	Mais longa

Fonte: Adaptado de DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed (2019).

1.2.3. CONDUTA

O objetivo do tratamento é o controle dos episódios agudos, tanto depressivos como maníacos ou hipomaníacos, assim como evitar possíveis recorrências, após o último episódio de humor. Geralmente, é feito em nível ambulatorial, sendo a internação reservada para casos de risco de suicídio, auto ou heteroagressividade e difícil adesão ao tratamento.

O tratamento farmacológico de escolha para o transtorno bipolar são os estabilizadores do humor (EH), como o lítio e o valproato, além dos antipsicóticos. O lítio é considerado medicamento padrão ouro no tratamento do TAB, podendo ser utilizado em episódios de mania ou de depressão, além de ser a única medicação que demonstrou eficácia na prevenção do suicídio. A dose inicial é 300-600 mg/dia, e deve ser ajustada de acordo com a persistência dos sintomas e também baseado na litemia sérica. O aumento da dose pode ser realizado após 5 a 7 dias, levando-se em consideração a litemia e os efeitos adversos da medicação. Em geral, esses níveis séricos são coletados após uma semana do último ajuste de dose, e depois, sendo repetida regularmente (a cada 6 meses) ou quando houver dúvida a respeito da eficácia do medicamento.

Os valores da litemia para um quadro de mania aguda devem estar entre 0,8-1,2 mEq/L, permitindo-se valores mais baixos após os períodos de crise e quando o paciente está em manutenção. No início do tratamento, é indicado investigar outras comorbidades, solicitando-se hemograma, função renal, glicemia de jejum, eletrólitos e função tireoidiana. Em pacientes com antecedentes de doenças cardíacas, recomenda-se solicitar eletrocardiograma. Os principais efeitos colaterais do lítio são poliúria, polidipsia, ganho de preso, tremores e cansaço. Entre os efeitos colaterais tardios, encontra-se o hipotireoidismo, por isso a importância do rastreio prévio.

O ácido valproico, um anticonvulsivante, é também considerado tratamento de primeira linha na mania aguda. A dose inicial deve ser de 500 a 750 mg/dia, podendo ser

aumentada de 250 a 500mg a cada três dias, conforme necessidade e tolerância. Os principais efeitos colaterais são tremores, náuseas e ganho de peso. Como existe o risco de hepatotoxicidade e trombocitopenia, sugere-se solicitar hemograma e transaminases antes do início do tratamento e regularmente, principalmente, nos primeiros seis meses.

Outros anticonvulsivantes, como lamotrigina e carbamazepina, também são opções de tratamento. A lamotrigina vem sendo usada no tratamento para depressão bipolar aguda, embora ainda não tenha sido indicada formalmente pelo FDA para este fim. Deve ser iniciada com 25 mg, uma vez por dia, por duas semanas. Posteriormente, aumentar para 25 mg duas vezes ao dia, por mais duas semanas e, a partir daí, são feitos aumentos de 25 a 50mg a cada uma ou duas semanas até atingir a dose alvo (geralmente 200mg/dia). Antipsicóticos de segunda geração (ASG), como olanzapina, quetiapina e risperidona também podem ser utilizados em associação ao lítio ou ao ácido valproico. Os ASG têm início de ação mais rápido, no controle dos sintomas maníacos e psicóticos, se comparados aos EH. Já os antipsicóticos típicos, como haloperidol e clorpromazina, também são opções para o tratamento da mania aguda. O haloperidol, segundo a literatura, tem propriedades antimaníacas e apresenta início de ação mais rápido quando comparados com os ASG. Porém, como têm perfil de efeitos colaterais desfavoráveis e possibilidade de induzir depressão, o haloperidol não é considerado medicação de primeira linha para mania aguda.

No tratamento não farmacológico, a terapia cognitivo-comportamental traz benefícios em relação a distorções cognitivas e alterações comportamentais que podem estar presentes em pacientes com transtorno bipolar. Outras psicoterapias de foco familiar também podem ser úteis, visando a melhora nas relações interpessoais dos pacientes e estabelecendo rotinas saudáveis.

2. CASO CLÍNICO – TRANSTORNOS DE HUMOR

Paciente, sexo feminino, 52 anos, comparece ao posto de saúde com a queixa de cansaço. Diz que há cerca de um mês percebeu que “perdeu a vontade de fazer as coisas”, passando a maior parte do tempo deitada. Conta que mora sozinha e que, por isso, não sente mais necessidade de fazer a limpeza da casa ou cozinhar nos horários certos, como fazia antigamente. Acrescenta, ainda, que perdeu a alegria para fazer atividades domésticas e sair de casa com as amigas, deixando de frequentar a missa semanalmente e de fazer caminhadas

na praça, atividades que gostava de realizar. Perguntada sobre fatores desencadeantes dessa desmotivação, diz que não tem nenhum em específico, mas que sente muita saudade dos filhos, que moram em outra cidade. Diz que eles foram embora por sua culpa, por ser uma mãe muito exigente. Questionada sobre outras atividades que gostaria de fazer dentro de casa, como assistir televisão, ler livros ou rezar, diz que não consegue se concentrar em nenhuma atividade, preferindo ficar apenas deitada. Relata ainda que não consegue dormir direito à noite, indo dormir muito tarde e acordando antes do sol nascer. Percebe que está perdendo peso e associa isso ao fato de não ter mais tanto apetite como antes. Nega episódios prévios de quadro depressivo ou de mania/hipomania.

QUESTÕES PROPOSTAS

01. Com base no relato da paciente, ela apresenta critérios para transtorno depressivo maior, com prejuízo nas suas atividades funcionais. Qual a conduta adequada?

a) Encaminhar para psicoterapia somente.

b) Iniciar fluoxetina 20mg, solicitar retorno em 15-30 dias, e, se disponível, encaminhar para psicoterapia na UBS.

c) Iniciar lítio 300mg/dia.

d) Iniciar fluoxetina 60mg/dia e orientar retorno com 3 meses.

e) Observar por mais um mês e solicitar retorno.

02. No caso da paciente, baseado na medicação escolhida, é importante explicar sobre os principais efeitos colaterais, que são:

a) Ansiedade nos primeiros dias, náuseas e alterações de peso.

b) Aumento do desejo sexual e febre.

c) Aumento do sono e constipação.

d) Diminuição da micção e sonolência.

e) Rash cutâneo e vômitos.

03. Se a paciente relatasse episódios de mania prévios, qual medicação seria benéfica para o quadro atual?

a) Escitalopram.

b) Lítio.

c) Ácido valproico.

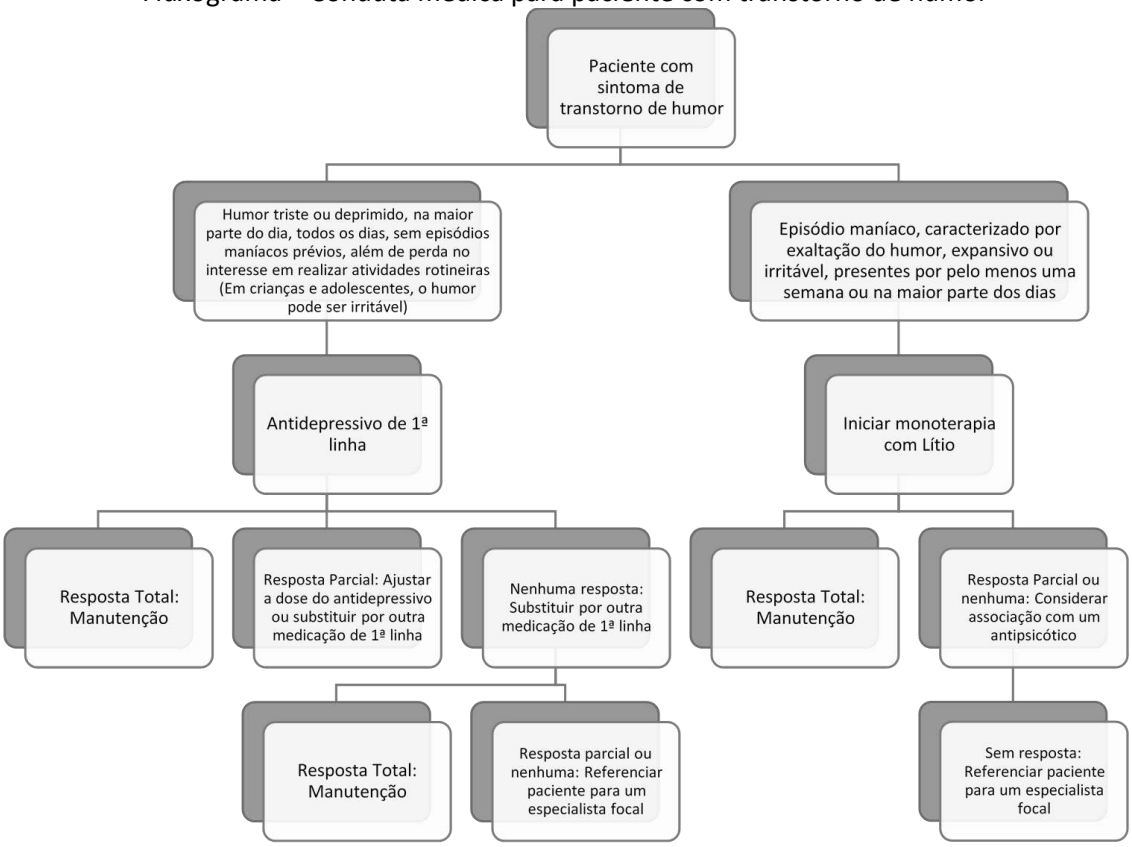
d) Risperidona.

e) Venlafaxina.

Gabarito: 1B, 2A, 3B

FLUXOGRAMA

Fluxograma – Conduta médica para paciente com transtorno de humor



Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5.ed. London: [s.n.], 2013.

ARANTES, D. Depressão na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

CORREIA, D. T.; SOUGEY, E. B. Transtornos do Humor. In: CANTILINO, A.; MONTEIRO, D.C. Psiquiatria Clínica - Um Guia Para Médicos e Profissionais de Saúde Mental. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017. P. 137-155.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DANTAS, D. G.; OLIVEIRA, J. P. N. M. Transtorno Bipolar. In: SANTOS, Mikkael Duarte dos. Psiquiatria para generalistas: Do Sintoma ao Tratamento. 1 ed. Salvador, BA: Sanar, 2020. p. 155-174.

DEBATISTA, Charles. In: KATZUNG, Bertram G.; TREVOR, Anthony J. (Orgs.). Farmacologia básica e clínica. 13 ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2017. P. 1202.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C, DIAS, L. C, (orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 2388.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2017.

LAFER, B. et al. Transtorno bipolar. In: MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. Clínica Psiquiátrica. 1. Ed. Barueri, SP: Manole, 2011.

MARCHETTI, L. C.; DEL PORTO, J. A. Transtorno afetivo bipolar. In: PARAVENTI, F. et al. Manual de Psiquiatria Clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

MOLINA, M. R. A. L., et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev Psiq Clín. [S.L.]: [s.n.], 2012. P. 194-7.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia dos antidepressivos. Rev Bras Psiquiatria. {s.L.]: [s.n.], 1999. V. 21.

OTTE, C.; GOLD, S. M.; PENNINX, B. W. et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers 2. [S.L.]: [s.n.], 2016. P. 1-20. Disponível em: https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65 Acesso em 10.04.2021.

PARK, L. T.; ZARATE, C. A. Depression in the Primary Care Setting. The New England Journal of Medicine, (London): [s.n.], 2019. p. 559-68.

PORDEUS, A. L. B; LOPES, R. N. Antidepressivos. In: SANTOS, Mikkael Duarte dos. Psiquiatria para generalistas: Do Sintoma ao Tratamento. 1 ed. Salvador, BA: Sanar, 2020. P. 745-759.

PROENÇA, C. R.; SARIN, L. Transtornos depressivos. In: PARAVENTI, Felipe et al. Manual de Psiquiatria Clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

RUSH, A. J. Unipolar Major Depression in adults: Choosing initial treatment. [S.L.]: Up To Date, 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment/print?search=major. Acesso em: 10.04.2021.

SMITHSON, S.; PIGNONE, M. P. Screening Adults for Depression in Primary Care. Med Clin N Am, [S.L.]: [s.n.], 2017. p. 807-821. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2017.03.010. Acesso em: 10.04.2021

STAHL S. M. Fundamentos de Psicofarmacologia de Stahl: Guia de Prescrição. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

YATHAM, L. N.; et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar disorders. (Canadá): [s.n.], 2018. p. 1-74.

CAPÍTULO XLIX

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-49

Autor(a): Felipe Pinheiro Mendes
Coautores: Hellen Gomes Fernandes
Mônica Sales Farias
Pedro Túlio Monteiro Araújo
Orientador(a): Leandro de Lyra Lemos

1. INTRODUÇÃO:

O uso de substâncias capazes de levar ao abuso é relatado em diversos momentos da história da humanidade. Existem relatos do uso de drogas como o ópio há milhares de anos, com finalidades medicinais, ou mesmo as menções da bíblia ao uso de vinho. Podemos caracterizar o abuso de substâncias, portanto, como a dependência nas esferas comportamental, física e psicológica e que compreendem as atividades relacionadas a busca e aos padrões comportamentais alterados, os sintomas decorrentes do uso repetido dessas substâncias e um desejo intenso (fissura) de consumir a droga.

É interessante notar que o uso abusivo de substâncias está inserido em um contexto cheio de complexidades e focar o atendimento apenas no uso da droga é um erro: o modelo biopsicossocial esclarece uma tríade para intervenção em que são avaliadas além do uso das substâncias, as particularidades do indivíduo e a sociedade em que ele está inserido. Seria um erro, portanto, colocar as esperanças de tratamento em medidas farmacológicas e afastadas de uma atenção centrada na pessoa e sem uma abordagem motivacional bem conduzida nas consultas.

Existem várias substâncias que se relacionam com transtornos de dependência, mas por questões de organização nesse capítulo serão abordados apenas os relacionados ao uso de álcool e tabaco.

2. TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL:

Segundo uma pesquisa de âmbito nacional, o III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (BRASIL, 2018), nós possuímos um número expressivo da nossa população que já entrou em contato com álcool, 68,1% já tiveram algum contato pontual na vida, 46,4% nos últimos 12 meses e 33% nos últimos 30 dias.

2.1. QUADRO CLÍNICO:

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, o transtorno por uso de álcool possui sintomas comportamentais e físicos. Dentre eles está inclusa a abstinência, um conjunto de sinais e sintomas com curso flutuante e autolimitado que podem surgir de 4 a 12h após a interrupção do consumo. Muitas vezes, com o objetivo de abortar os sintomas desagradáveis da abstinência há um novo uso do álcool ou outras substâncias, levando a um ciclo de uso permanente. A fissura, corresponde a um desejo intenso de consumir álcool, dificulta o pensamento em outros objetivos e podendo causar grave prejuízo social, chegando a apresentar risco para a integridade própria e de terceiros. A tolerância, se relaciona com a necessidade do consumo de doses mais altas para atingir o mesmo efeito que outrora era obtido com quantidades menores.

Outras questões, como insônia e depressão, também podem apresentar correlações com o abuso de álcool. Além disso, esse transtorno pode estar associado ao consumo de outras substâncias, como cocaína e sedativos. No Quadro 1 encontramos os critérios adotados no DSM-5 para transtorno por uso de álcool.

Quadro 1– Critérios Diagnósticos DSM-5 para Transtorno por Uso de Álcool.

A. Um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses: 1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. 2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool. 3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos. 4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool. 5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa. 6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.

7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool. 8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física. 9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool. 10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado. b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool. 11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: a. Síndrome de abstinência característica de álcool (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de álcool, p. 499-500). b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
A gravidade pode ainda ser relacionada a quantidade de sintomas em leve (2 ou3); moderada (4 ou 5) e grave (6≥).

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (p.491). 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

2.2. CONDUTA:

No Tratado de Medicina da Família conseguimos enxergar o papel da anamnese como passo inicial na condução do caso. Como o consumo de álcool é habitual em nossa sociedade, é importante que esse assunto seja abordado rotineiramente nas consultas, como forma de prevenir que casos de dependência de álcool cheguem a níveis mais graves. Para isso, pode-se iniciar a questionando se o paciente faz uso de álcool, a frequência que ingere, a quantidade, quanto tempo está abstinente e se há presença de prejuízos sociais. Uma ferramenta que permite realizar uma triagem nesses pacientes, identificando um padrão de consumo, é o mnemônico CAGE, no qual duas respostas positivas nos orientam a um possível abuso de álcool.

- C (*cut down*): Você já sentiu que deveria diminuir a quantidade que bebe ou parar de beber?
- A (*annoyed*): Você se sente aborrecido quando criticam o seu modo de beber?
- G (*guilty*): Você se chateia ou sente culpa pela maneira como bebe?
- E (*eye-opener*): Você tem o costume de beber pela manhã para diminuir nervosismo ou a ressaca?

No Compêndio de Psiquiatria (KAPLAN; SADOCK 2017), a condução do paciente com abuso de álcool é trazida em 3 pilares: intervenção, desintoxicação e reabilitação.

A intervenção, é caracterizada por conscientizar o paciente acerca das consequências e prejuízos do álcool em sua vida, podendo para isso utilizar-se de sintomas relatados na queixa principal (como insônia e disfunções sexuais), explicando como elas se relacionam com o alcoolismo. Nesta etapa deve haver motivação quanto ao tratamento, sendo a participação da família de grande valia.

A desintoxicação, essa fase normalmente cursa com sintomas de pouca intensidade. Nos casos leves a moderados os sintomas podem se assemelhar a uma gripe. Nessas situações, para dar mais conforto ao paciente, pode ser realizado um depressor do sistema nervos o central (como os barbitúricos), com uma dose mais elevada no primeiro dia e uma redução gradual nos seguintes.

Já a reabilitação deve ser focada em manter o paciente motivado, auxiliando-o na adaptação da nova rotina e prevenindo recaídas. Para isso, é importante a realização de psicoterapia, individual ou em grupo, e assistência psicossocial.

Já o manejo da abstinência alcoólica dependerá da intensidade dos sintomas: dividiremos os casos em leves, moderados e graves. Casos leves se apresentarão com sintomas pouco intensos: tremor de extremidades, sudorese, palpitação, náusea e/ou vômitos, devem ser manejado ambulatorialmente oferecendo benzodiazepínicos em doses baixas. O diazepam pode ser empregado nas doses de 10-20mg distribuídos entre o dia. Os casos moderados se apresentarão com maior intensidade dos sintomas, sem alteração da sensopercepção e sem disautonomias importantes. A recomendação é uma dose maior do diazepam, com doses entre 30 e 40 mg/dia. Já os casos graves, com agitação psicomotora intensa, crises convulsivas, sudorese profusa, devem ser conduzidos em ambiente hospitalar, com monitorização e estabilização clínica incialmente e doses ainda maiores de benzodiazepínicos, podendo ser utilizado o diazepam 10 mg a cada hora até leve sedação do paciente (não ultrapassar 60 mg).

O delirium tremens é uma condição associada aos quadros de abstinência com mortalidade entre 5 e 25%, caracterizada por psicose de origem orgânica associado aos outros sintomas da abstinência, reversível dentro de 2 a 10 dias. Pode-se optar pelo uso de antipsicóticos em doses baixas para alívio das alucinações e delírios, por um período breve.

Outros sintomas, como insônia, ansiedade e um aumento da atividade autonômica podem persistir por 2 a 6 meses após a cessação aguda, sendo responsáveis por elevar as taxas de recaída durante esse período.

Alguns medicamentos podem ser utilizados durante a fase de reabilitação, entre eles temos a naltrexona,um antagonista opioide que diminui a sensação de prazer na ingesta alcóolica; o dissulfiram, antagonista da acetaldeído desidrogenase, responsável por mau estar importante após utilização de doses maiores de álcool; e o topiramato, um anticonvulsivante que vêm sendo estudado também no uso de dependência química. Eles serão abordados com mais detalhes no Quadro 2:

Quadro 2 -Terapia Medicamentosa

Medicamento	Dose	Precauções	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados Especiais
Naltrexona	Via Oral: 50mg/dia.	Patologias hepáticas; histórico de tentativas de suicídio. Em caso de necessidade de opióides, podem ser preciso doses maiores.	Uso de opióides, atual ou em abstinência aguda; necessidade antecipada de opióides analgésicos; hepatite aguda ou falência hepática.	Náusea; dor abdominal; constipação; tontura; cefaleia; ansiedade; fadiga.	Avaliar possível uso de opióides antes de prescrever, podendo solicitar teste toxicológico de urina. Realizar monitoramento hepático, antes de iniciar o uso, e de forma periódica após seu início.
Dissulfiram	Via Oral: 250mg/dia. Pode variar de 125 a 500mg.	Impulsividade elevada para o uso de álcool; psicoses atuais, ou presença de histórico; diabetes mellitus; disfunção hepática; hipotireoidismo; prejuízo renal.	Utilização concomitante com álcool, ou substâncias que contenham álcool ou metronidazol; doença arterial coronariana; doença miocárdica grave.	Sabor residual metálico; dermatite.	Advertir o paciente acerca dos riscos advindos do consumo de álcool enquanto se faz uso do medicamento. Podem ocorrer reações até 2 semanas após a última dose. Monitorar funcionamento hepático de forma periódica.
Topiramato	Via Oral: Iniciar com 25 mg/dia e aumentar gradualmente	Cuidado no uso durante a gravidez e pacientes com lesão renal	Gravidez	Anorexia, lentificação do pensamento,	Diante de superdosagens, hidratar e realizagem lavagem

Medicamento	Dose	Precauções	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados Especiais
	até 300 ou 400 mg dentro de 3 a 8 semanas	moderada a grave.		diarreia, sonolência	gástrica. A hemodiálise também remove as substâncias.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

3. TABAGISMO:

No Tratado de Medicina da Família (GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C.,2019) encontramos dados que nos mostram que o tabagismo é a principal causa de morte previnível no mundo, chegando a afetar 1 bilhão de pessoas. Ao menos 6 milhões de mortes por ano mundo se dão em decorrência do tabagismo. Nos Estados Unidos 22% da população é ex-fumante, enquanto 21% continuam adeptos ao tabagismo. No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, dos tabagistas com idade de 18 anos ou mais entrevistados, 51,1% afirmaram que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores. Do total de fumantes, porém, apenas 8,8% afirmaram ter buscado auxílio com profissionais de saúde para tentativa de cessação.

3.1. QUADRO CLÍNICO:

Geralmente esse transtorno ocorre de forma mais frequente em indivíduos que fazem uso diário do tabaco, do que naqueles que não o fazem ou que utilizam medicações com nicotina. A tolerância à droga pode ser notada com a melhora de sintomas, como náusea e tontura, após o consumo repetido do cigarro. Grande parte dos pacientes relata que consome o tabaco para evitar ou melhorar os sintomas decorrentes da síndrome de abstinência, que podem surgir após um período de interrupção do uso. Muitos também relatam a ocorrência de fissura após muito tempo sem fumar. Os critérios utilizados pelo DSM-5 para transtorno por uso de tabaco são abordados no Quadro 3.

Durante o processo de diagnóstico do tabagismo deve-se ter atenção para avaliadar: outras comorbidades psiquiátricas; o grau de contemplação (Quadro 4); o exame físico completo, a fim de excluir outras patologias dos sistemas cardiorrespiratório e hepático; e exames complementares como: radiografia de tórax, espirometria pré e pós-broncodilatador, eletrocardiograma e bioquímica sérica e urinária. Além disso, é importante que seja aplicado o teste de Fagerström (Quadro 5), para estimar a gravidade da dependência.

Quadro 3 – Critérios Diagnósticos DSM-5 – Transtorno por Uso de Tabaco

Um padrão problemático de uso de tabaco, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses: 1. Tabaco é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. 2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de tabaco. 3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção ou uso de tabaco. 4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco. 5. Uso recorrente de tabaco resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., interferência no trabalho). 6. Uso continuado de tabaco apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (p. ex., discussões com os outros sobre o uso de tabaco). 7. Importantes atividades sociais, profissional ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de tabaco. 8. Uso recorrente de tabaco em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., fumar na cama). 9. O uso de tabaco é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ele. 10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de tabaco para atingir o efeito desejado. b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco. 11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: a. Síndrome de abstinência característica de tabaco (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de tabaco). b. Tabaco (ou uma substância estreitamente relacionada, como nicotina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (p.571). 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Quadro 4 - Estado Motivacional

Pré-contemplação	O paciente não possui intenção de parar, nem possui críticas envolvendo o comportamento de fumar.
Contemplação	O paciente é consciente de que fumar é um problema, mas é ambivalente quanto as perspectivas de mudança.
Preparação	O paciente prepara-se para cessar o fumo. Ele aceita escolher uma estratégia para mudar o comportamento.
Ação	O paciente para de fumar. Toma atitudes que confluem para a concretização da mudança de comportamento.
Manutenção	O paciente deve aprender estratégias para prevenção de recaídas e consolidação de ganhos obtidos durante a fase de ação.
Recaída	O paciente falha no processo de mudança e retorna ao comportamento anterior.

Fonte: PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana Cristina (Coord.). Manual de Psiquiatria Clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

Quadro 49.5 - Teste de Fagerström

▪ Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? ○ Nos primeiros 5 minutos (3) ○ De 6 a 30 minutos (2) ○ De 31 a 60 minutos (1) ○ Mais de 60 minutos (0)
▪ Você acha difícil não fumar em locais proibidos? ○ Sim (1) ○ Não (0)
▪ Qual cigarro lhe traz mais satisfação? ○ O primeiro da manhã (1) ○ Os outros (0)
▪ Quantos cigarros você fuma por dia? ○ Mais de 31 (3) ○ 21 a 30 (2) ○ 11 a 20 (1) ○ Menos de 10 (0)
▪ Você fuma com mais frequência pela manhã? ○ Sim (1) ○ Não (0)
▪ Você fuma mesmo doente? ○ Sim (1) ○ Não (0)
Total de Pontos: 0 a 2 = muito baixa; 3 a 4 = baixa; 5 = média; 6 a 7= elevada; 8 a 10= muito elevada.

Fonte: PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana Cristina (Coord.). Manual de Psiquiatria Clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

3.2. CONDUTA:

A condução do paciente tabagista passa por diversas esferas, uma vez que esse comportamento também influencia diversas áreas da vida do indivíduo. Segundo o Compêndio de Psiquiatria (KAPLAN; SADOCK 2017), as terapias utilizadas nesse caso são a psicossocial e a psicofarmacológica, havendo comprovação de diversos estudos que quando combinadas as terapias de reposição nicotínica juntamente com a terapia comportamental os índices de sucesso são maiores do que quando as terapias são realizadas de forma isolada.

É importante que se conscientize os pacientes acerca da mudança de comportamento. Naqueles que já se encontram prontos para abandonar o hábito, é aconselhado marcar uma data a partir da qual ele irá encerrar o comportamento. Apesar de a maioria dos fumantes preferir realizar essa ação de forma abrupta, é importante escutar e respeitar a vontade do paciente caso ele prefira fazê-la de forma gradual. Geralmente a recaída ocorre de forma rápida, sendo importante um acompanhamento durante um curto espaço de tempo, 2 a 3 dias.

3.3. TERAPIA PSICOSSOCIAL

A terapia psicológica mais recomendada é a cognitivo-comportamental, por permitir treinar habilidades e elaborar estratégias que auxiliam o paciente a enfrentar condições relacionadas ao tabagismo. Nessa etapa, é essencial que o paciente elimine de sua rotina indícios ligados ao ato de fumar, podendo ser necessário trocar alguns hábitos para facilitar o processo.

3.4. TERAPIA FARMACOLÓGICA:

Um dos métodos estudados mais eficazes são as terapias de reposição nicotínica, que serão abordadas de forma mais completa no Quadro 49.6. Elas geralmente são utilizadas por um período curto, 6 a 12 semanas, para manutenção. Em seguida, deve-se fazer a retirada, por um período também de 6 a 12 semanas.

Em pacientes cuja terapia de reposição nicotínica não foi bem-sucedida pode-se tentar utilizar medicamentos não-nicotínicos. Esses fármacos e suas propriedades serão estudados com mais propriedade no Quadro 7.

Quadro 6 - Terapia de Reposição Nicotínica

Forma de Apresentação	Dosagens disponíveis	Dosagem recomendada	Efeitos Adversos	Recomendações	Preferências
Goma de Mascar	2mg: <25 cigarros/dia 4mg: >25 cigarros/dia	1 a 2/h (até no máximo 24/dia).	Pouco relevantes, fazem parte gosto desagradável e mandíbula dolorida.	Evitar bebidas ácidas durante o tratamento com a goma, pois podem prejudicar sua absorção.	Alívio em situações de alto risco de recaída.
Pastilha	2 e 4mg	9 a 20, nas primeiras 6 semanas. Após isso, diminui-se progressivamente.	Insônia, náusea, azia, cefaleia e soluços.	Ela deve ser chupada sem ser engolida, deve se dissolver.	Paciente com hábito de fumar logo que acorda.
Adesivos	16h s/ redução gradual e 24 ou 16h c/ redução gradual.	Deve ser descontinuado após 6 a 12 semanas.	Erupções na pele e insônia (no caso do de 24h).	Devem ser administrados a cada manhã.	Quando utilizados em associação com as gomas de mascar possuem uma eficácia maior do que com as

Forma de Apresentação	Dosagens disponíveis	Dosagem recomendada	Efeitos Adversos	Recomendaçõ es	Preferências
	1mg/ cada cigarro fumado.				terapias isoladas.
Spray	-	-	Rinite, lacrimejament o e tosse.	Disponível apenas sob prescrição médica. Níveis séricos de nicotina semelhantes aos obtidos com cigarro.	Fumantes com alta dependência.
Inalador	4mg/cartucho	Por meio de inspirações frequentes se extrai 4mg de nicotina em 20min.	Pouco relevantes.	Disponível apenas sob prescrição médica.	Substituto comportamen tal para o tabagismo

Fonte: Adaptado de AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (p. 684). 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014 e de PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana Cristina (Coord.). Manual de Psiquiatria Clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

Quadro 49.7 - Terapia Medicamentosa Não-Nicotínica

Medicamento	Esquema Terapêutico	Indicação	Contraindicação	Efeitos colaterais	Preferências
Bupropiona	150mg/dia, iniciados 1 semana antes de o paciente parar de fumar até 3 dias depois. Após isso, 150mg/2x ao dia por 6 a 12 semanas, mas pode ser utilizada por mais tempo.	Terapia de primeira linha para cessão do tabagismo.	Convulsões, epilepsia, anorexia nervosa, bulimia, acidente vascular encefálico, traumatismo cranioencefálico, tumor cerebral, etilismo pesado, gravidez e amamentação.	Insônia, náusea, boca seca, cefaleia e ansiedade.	Elevação da eficácia quando associada aos adesivos nicotínicos.
Vareniclina	Inicia-se o tratamento 1 semana antes de o paciente parar de fumar. 1°-3° dia: 0,5mg/dia; 4°-7°dia: 0,5mg 12/12h; 8° dia até o final do tratamento: 1mg de 12/12h. O	Terapia de primeira linha para cessão do tabagismo.	Insuficiência renal grave e hipersensibilidade à vareniclina.	Náusea, tontura, aumento do apetite, sonolência, vômitos, constipação, diarreia.	

Medicamento	Esquema Terapêutico	Indicação	Contraindicação	Efeitos colaterais	Preferências
	tratamento dura 12 semanas.				
Nortriptilina	Inicia-se com 25mg/dia, 2 a 4 semana antes de o paciente parar de fumar. Deve-se elevar progressivamente a dose, até 75 a 100mg. O tratamento dura 3 meses.	Terapia de segunda linha para cessão do tabagismo.	Distúrbios de condução e Infarto Agudo do Miocárdio recente.	Boca seca, constipação, sonolência e ganho de peso.	
Clonidina	Inicia-se com 0,1mg/dia, 2 a 3 dias antes de o paciente parar de fumar. Deve-se elevar progressivamente a dose, até 0,04mg. O tratamento dura 3 meses, mas pode-se estender em caso de risco de recaída.	Terapia de segunda linha para cessão do tabagismo.		Sedação e hipotensão postural.	

Fonte: Adaptado de AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (p.684). 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014 e de PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana Cristina (Coord.). Manual de Psiquiatria Clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

4. CASO CLÍNICO:

Paciente JSM, 47 anos, lhe procura no posto com intenção de cessar o tabagismo. O paciente relata que fuma cerca de 30 cigarros por dia. Já havia tentando para por conta própria previamente, mas não obteve sucesso. Durante a anamnese ele revelou que costuma fumar logo após acordar, sendo o primeiro do dia o que lhe mais dá prazer, e sendo esse o horário de maior frequência do hábito. Ademais, ele refere ter dificuldade em se manter em locais onde o fumo é proibido, compartilhando que isso fez com que frequentasse menos a igreja. Ele se queixou também de tosse frequente, assim como sensação de cansaço ao realizar atividades físicas moderadas.

1. **Classifique o grau de dependência do paciente de acordo com a escala de Fegerström:**
    a) Muito baixa

b) Baixa

c) Média

d) Elevada

e) Muito Elevada

2. **Em que estágio de motivação o paciente se encontra?**

a) Pré-contemplação

b) Contemplação

c) Preparação

d) Ação

e) Manutenção

3. **No caso de ser necessário realizar uma terapia farmacológica não-nicotínica, como ela poderia ser iniciada?**

a) Nortriptilina 25mg/ dia

b) Bupropiona 150mg/dia

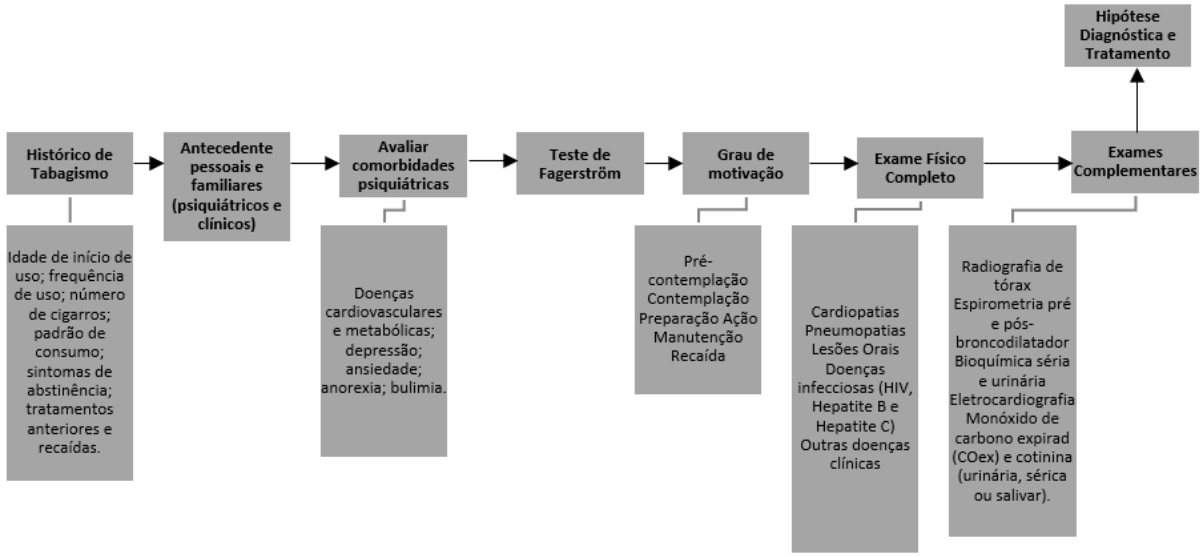
c) Vareniclina 0.5mg/dia

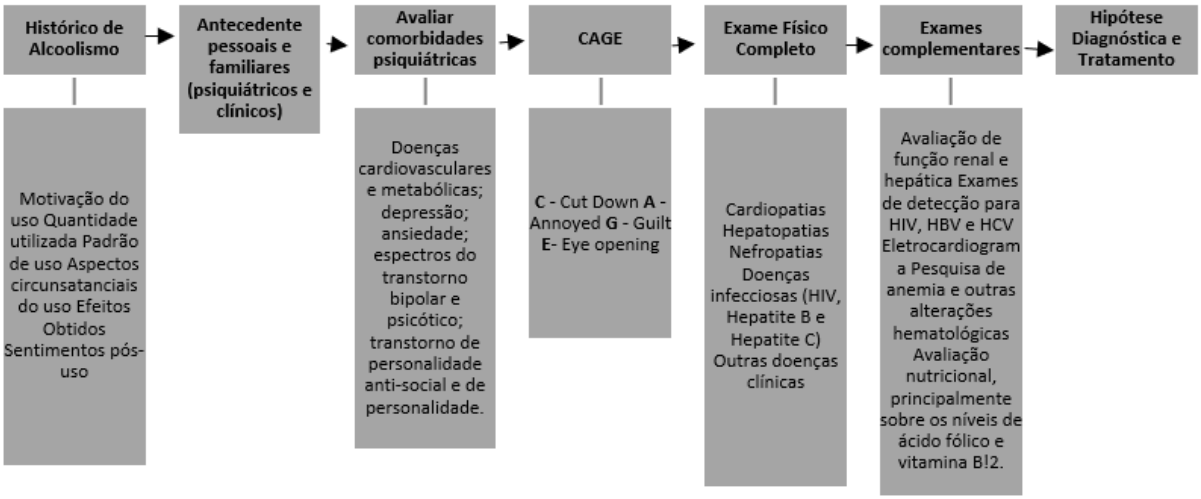
d) Clonidina 0.1mg/dia

e) Bupropiona 300mg/dia

Gabarito: (1E; 2C; 3B).

FLUXOGRAMA





Fonte: Adaptado de PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana Cristina (Coord.). Manual de Psiquiatria Clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. III Levantamento Nacional sobre uso de drogas pela População Brasileira. Rio de Janeiro: [s.n.], 2018.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana Cristina (Coord.). Manual de Psiquiatria Clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CAPÍTULO L

TRANSTORNOS PSICÓTICOS

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-50

Autor(a): José Francisco Igor Siqueira Ferreira
Coautores: Davisson Lopes da Costa
Hellen Gomes Fernandes
Naíse Lima Mourão Soares
Orientador(a): David Cássio Ribeiro Vasconcelos

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos psicóticos são doenças psiquiátricas associadas a curso crônico e prejuízo das funções sociais e profissionais. Seu principal protótipo é a esquizofrenia, que será a principal condição abordada neste capítulo. A psicose, entretanto, está presente em outros transtornos psiquiátricos, como o transtorno esquizoafetivo e, pode ser associada a transtornos de humor.

Etiologicamente, a esquizofrenia é uma doença multifatorial, com interação de fatores genéticos e ambientais, como complicações gestacionais (infecção materna, diabetes gestacional, hipóxia e baixo peso ao nascer) e abuso de substâncias.

Em relação à influência de neurotransmissores, a hipótese dopaminérgica considera que o aumento da dopamina mesolímbica se relaciona com determinados sintomas da doença, como alucinações e delírios. Por outro lado, a diminuição de dopamina mesocortical seria responsável por sintomas negativos e discurso desorganizado, também característicos da doença.

Socialmente, o principal desafio relacionado à esquizofrenia é o estigma social, que prejudica a busca do paciente e seus familiares aos serviços de saúde e dificultando a ressocialização deste às suas atividades prévias.

A prevalência da esquizofrenia é 0,3% a 0,7% durante a vida, mas pode variar de acordo com etnia e região. O número de caso novos por ano é de 1.5 por 10.000 pessoas em todo o mundo. No Brasil, estudos mostram prevalências entre 0,3-2,4% da população. Nos homens, as primeiras manifestações ocorrem geralmente entre os 15 e 25 anos e, para mulheres, entre 25 e 35 anos.

2. QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da esquizofrenia é heterogêneo, podendo o mesmo paciente manifestar vários tipos de sintoma durante a vida. Escolaridade, hábitos religiosos e manifestações culturais do paciente também devem ser levadas em conta, podendo confundir o profissional de saúde durante a entrevista.

A doença pode manifestar-se inicialmente com a presença de sintomas positivos (delírios e alucinações) ou sintomas negativos (isolamento social, hipobulia e redução do auto-cuidado).

Os sintomas positivos são associados a psicose, com a presença de delírios e/ou alucinações. Os delírios são alterações do juízo de realidade, que é a capacidade de separar o que é real do que é irreal. Neles, o paciente apresenta uma convicção imutável a respeito de determinada crença, que não é relacionada a sua cultura e, para o paciente, é algo evidente. As formas mais comuns de delírio são os do tipo persecutórios (acreditam que são vítimas de conspiração de parentes e vizinhos), de autorreferência (consideram que conversas e olhares externos são destinados a ele) e místico-religiosos.

Alucinações são alterações da sensopercepção, e as auditivas são as mais comuns em pacientes com esquizofrenia. Quando possuem conteúdo depreciativo, podem ser associadas a delírios persecutórios.

Os sintomas negativos, como perda do autocuidado, isolamento social, desorganização do discurso e hipobulia, podem aparecer de forma mais intensa e comprometer a funcionalidade do paciente, sendo associadas a prejuízo cognitivo e diminuição do insight.

Em quadros psicóticos, comportamentos impulsivos podem estar presentes, além de tentativas de suicídio sem manifestações prévias de intenção. Devido ao estigma da doença, pacientes esquizofrênicos são suscetíveis a atos de violência e preconceito.

Durante o exame mental, a aparência de um paciente com esquizofrenia pode variar de acordo com o predomínio dos sintomas positivos ou negativos, indo de uma pessoa desleixada e descuidada, a alguém com asseio normal e comportamento silencioso. Podem ser reativos a presença de alucinações visuais ou auditivas, com a presença de tiques e estereotipias. Afeto inadequado e pueril podem estar presentes em pacientes com quadros de predomínio de sintomas positivos.

O diagnóstico de esquizofrenia é clínico, e, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), consiste em um conjunto de critérios (Tabela 1).

O primeiro é a presença de pelo menos dois sintomas característicos, sendo pelo menos um deles a ocorrência de alucinação, delírios ou discurso desorganizado, além de comportamento desorganizado ou sintomas negativos. Esses sintomas devem se manifestar por pelo menos um mês, ou menos, caso tratados com sucesso. O período total de doença deve ser de 6 meses.

Além disso, é necessário o prejuízo no funcionamento social ou profissional, incluindo autocuidado.

Devem ser descartadas alterações de humor, uso de substâncias ou distúrbios prévios de desenvolvimento, que apontariam para outros diagnósticos diferenciais. A Tabela 2 traz informações sobre outros transtornos psicóticos que são diagnósticos diferenciais da esquizofrenia.

Tabela 1 - Critérios diagnósticos de esquizofrenia segundo o DSM-5.

A. Pelo menos dois dos seguintes sintomas, por um espaço significativo de tempo, durante um período de 1 mês (ou menos, se tratado). Pelo menos um dos sintomas deve ser 1, 2 ou 3: 1) Delírios; 2) Alucinações; 3) Desorganização do discurso; 4) Comportamento desorganizado ou catatônico; 5) Sintomas negativos.
B. Perda de funcionalidade social ou profissional: disfunção em áreas como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado (ou quando se inicia na infância ou na adolescência, incapacidade em atingir o nível esperado de desempenho).
C. Os sinais contínuos do distúrbio persistem no mínimo durante 6 meses. Esse período deve incluir pelo menos 1 mês com os sintomas que satisfazem o critério A, podendo incluir pródromos.
D. Transtorno esquizoafetivo ou de humor afastados porque não houve episódio de humor concomitante aos sintomas da fase ativa, ou, se ocorreram, sua duração foi breve em relação aos períodos ativos e residuais dos episódios psicóticos.
E. Ausência de relação com efeitos fisiológicos de substâncias (medicações, drogas) ou condições prévias de saúde.
F. Se história de transtorno do espectro autista ou transtorno de comunicação iniciado na infância, o diagnóstico de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações são proeminentes, além dos demais sintomas exigidos, estão presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados)

Fonte: Adaptado de American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; London, England (2013).

Tabela 2 - Outros transtornos psicóticos e suas características.

Transtorno esquizoafetivo	Apresenta período concomitante entre o critério A de esquizofrenia e um transtorno de humor (episódio depressivo maior ou maníaco). Em algum momento do curso da doença, ocorrem delírios ou alucinações de forma isolada por pelo menos duas semanas sem os sintomas de humor, embora estes sejam predominantes na maior parte da duração da doença.
Transtorno de humor com características psicóticas	Nessa condição, os delírios e alucinações ocorrem exclusivamente durante os episódios de humor (depressivo ou maníaco).
Transtorno delirante	Apresenta um ou mais delírios por pelo menos um mês. Podem ser de conteúdo persecutório, grandioso, ciumento, entre outros. Não há prejuízo funcional tão acentuado em questões que não sejam relacionados ao delírio, além de ausência de outros sintomas da esquizofrenia, como alucinações, desorganização do comportamento e sintomas negativos.
Transtorno psicótico breve	A duração dos sintomas é menor que um mês.
Transtorno esquizofreniforme	A duração dos sintomas é maior que um mês e menor que seis meses.
Transtorno psicótico induzido por substâncias	Relacionado aos efeitos direitos de alguma substância (droga de abuso, medicações ou toxinas). Podem ocorrer após intoxicação ou abstinência de álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos e ansiolíticos.

Fonte: Adaptado de American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; London, England, 2013.

3. CONDUTA

O tratamento pode ser realizado em ambiente ambulatorial. Em alguns casos, quando o paciente apresenta risco de auto ou heteroagressividade, tentativas de suicídio e fugas do domicílio, a internação é indicada.

No primeiro episódio psicótico, o tratamento com antipsicóticos deve ser iniciado, apesar de o diagnóstico de esquizofrenia ser confirmado somente após seis meses.

A escolha é feita entre os antipsicóticos típicos ou atípicos. Nestes, ocorrem menos efeitos colaterais motores, mas a eficácia é semelhante.

Os antipsicóticos típicos bloqueiam receptores dopaminérgicos, atuando nas vias mesolímbica, mesocortical, nigroestriatal e tuberoinfundibular. A diminuição da dopamina na via mesolímbica, associada a emoções, traz melhora dos sintomas positivos, mas sua ação na via mesocortical pode agravar os sintomas negativos.

A ação na via nigroestriatal pode levar a transtornos hipocinéticos, como parkinsonismo, distonia e síndrome neuroléptica maligna. O bloqueio na via

tuberoinfundibular resulta em aumento dos níveis de prolactina, causando efeitos colaterais como redução de libido, amenorreia e galactorreia.

Já os antipsicóticos atípicos, além do antagonismo dopaminérgico, também apresentam antagonismo a receptores serotoninérgicos, o que diminui os efeitos colaterais tradicionais. Porém, seu uso é relacionado a piora do perfil lipídico e síndrome metabólica.

O tratamento deve ser iniciado em monoterapia com qualquer antipsicótico (exceto clozapina). Pela menor quantidade de efeitos colaterais, os atípicos são melhor tolerados. Entre as principais opções, estão a risperidona (2-8 mg/dia), olanzapina (5-20 mg/dia), quetiapina (iniciar com doses menores e chegar ao alvo de 300-400 mg/dia) e aripiprazol (10-15 mg/dia). Entre os típicos, as principais opções são o haloperidol (5-15 mg/dia) e clorpromazina (250-500 mg/dia). O tratamento com qualquer antipsicótico é iniciado na menor dose possível, sendo aumentado de acordo com a resposta e o surgimento de efeitos colaterais. Por exemplo, o haloperidol é iniciado em dose de 2,5 mg/dia e é progressivamente aumentado para 5 mg/dia.

O uso de anticolinérgicos, como o biperideno, é indicado na vigência de sintomas extrapiramidais. Apesar de comum, a associação entre haloperidol e prometazina não é obrigatória, sendo necessária somente na vigência de efeitos colaterais.

Com dose, duração e tolerabilidade adequada, deve-se esperar resposta por até seis semanas. Caso a psicose persista, deve-se trocar por outro antipsicótico e aguardar o mesmo período.

Caso a segunda tentativa, com pelo menos um dos antipsicóticos sendo atípico, não traga resposta satisfatória, considera-se o quadro de esquizofrenia refratária, iniciado o tratamento em monoterapia com a clozapina (em doses de 300-900 mg/dia, evoluindo de forma gradual). Seu efeito colateral mais grave é a agranulocitose, o que obriga o paciente a realizar coleta de hemogramas semanais por 18 semanas (e depois mensais). Outros efeitos incluem convulsões, taquicardia, sialorreia e dislipidemia. Nesses casos, é interessante referenciar o paciente para serviços especializados em psiquiatria, se disponíveis.

Na ausência de resposta, ou quando ela é apenas parcial, deve-se avaliar a necessidade de iniciar outras medicações, como estabilizadores de humor, ou tratamentos mais específicos, como eletroconvulsoterapia.

Outra possibilidade de tratamento é o uso de antipsicóticos injetáveis por via intramuscular de longa ação. O mais utilizado é o haloperidol decanoato, que tem meia-vida

de 21 dias e cada ampola equivale a aproximadamente 2,5 mg do comprimpido oral. Essa opção se torna útil em casos onde há dificuldade na adesão ao tratamento, seja por quadros mais graves ou problemas psicossociais do doente.

No tratamento não farmacológico, a terapia cognitivo-comportamental pode ser usada em associação ao tratamento farmacológico, principalmente em casos refratários.

Após a remissão dos sintomas psicóticos, o tratamento com antipsicóticos deve ser mantido na fase de manutenção da doença. É importante buscar sempre a menor dose necessária para o controle dos sintomas, e observar o surgimento de efeitos colaterais. Apesar da melhora em muitos casos, a maioria dos pacientes permanece com sintomas leves ou moderados ao longo da vida, como isolamento social e delírios persecutórios, o que comprometem a funcionalidade plena dessas pessoas.

4. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 17 anos, solteiro, não estuda ou trabalha. Trazido pela mãe ao posto de saúde contra a própria vontade. A genitora relata que há cerca de um ano o filho abandonou a escola, onde cursava o segundo ano do ensino médio, alegando que os colegas o perseguiam. Ao ser realocado para outra instituição, continuou a acreditar que era perseguido por todos e que percebia que "falavam e ficavam olhando" para ele. Questionado sobre a certeza a respeito dessas afirmações, o adolescente revela que "descobriu tudo com a ajuda de um chip", que, segundo ele, está presente dentro da sua orelha, e que lhe passa informações a respeito de todos ao seu redor. A mãe acrescente que, após a saída de duas escolas, o adolescente passou a se isolar dentro de casa, evita contato com novas pessoas e passou a se descuidar da própria higiene. Nega uso de substâncias e comorbidades prévias.

QUESTÕES

1. Qual medicação seria a primeira escolha para esse paciente, pensando na principal hipótese diagnóstica?

a) Risperidona

b) Lítio

c) Fluoxetina

d) Clozapina

e) Biperideno

2. Se a unidade de saúde dispusesse apenas de um antipsicótico típico, como o haloperidol, qual uma possibilidade de ação terapêutica?

a) Obrigar os familiares a comprarem um antipsicótico atípico, como a risperidona.

b) Iniciar o haloperidol em dose de 2 mg/dia, considerando um possível aumento posterior, e orientando sobre efeitos colaterais.

c) Iniciar o haloperidol em dose de 10 mg/dia e já associar com biperideno.

d) Sugerir internação em hospital psiquiátrico para dispor de outras medicações.

e) Encaminhar para psicoterapia somente, sem intervenção medicamentosa.

3. Durante a investigação da história, o entrevistador deve apresentar algumas atitudes, exceto:

a) Investigar uso de substâncias e drogas de abuso.

b) Interrogar sobre início dos sintomas e possíveis sintomas de humor associados.

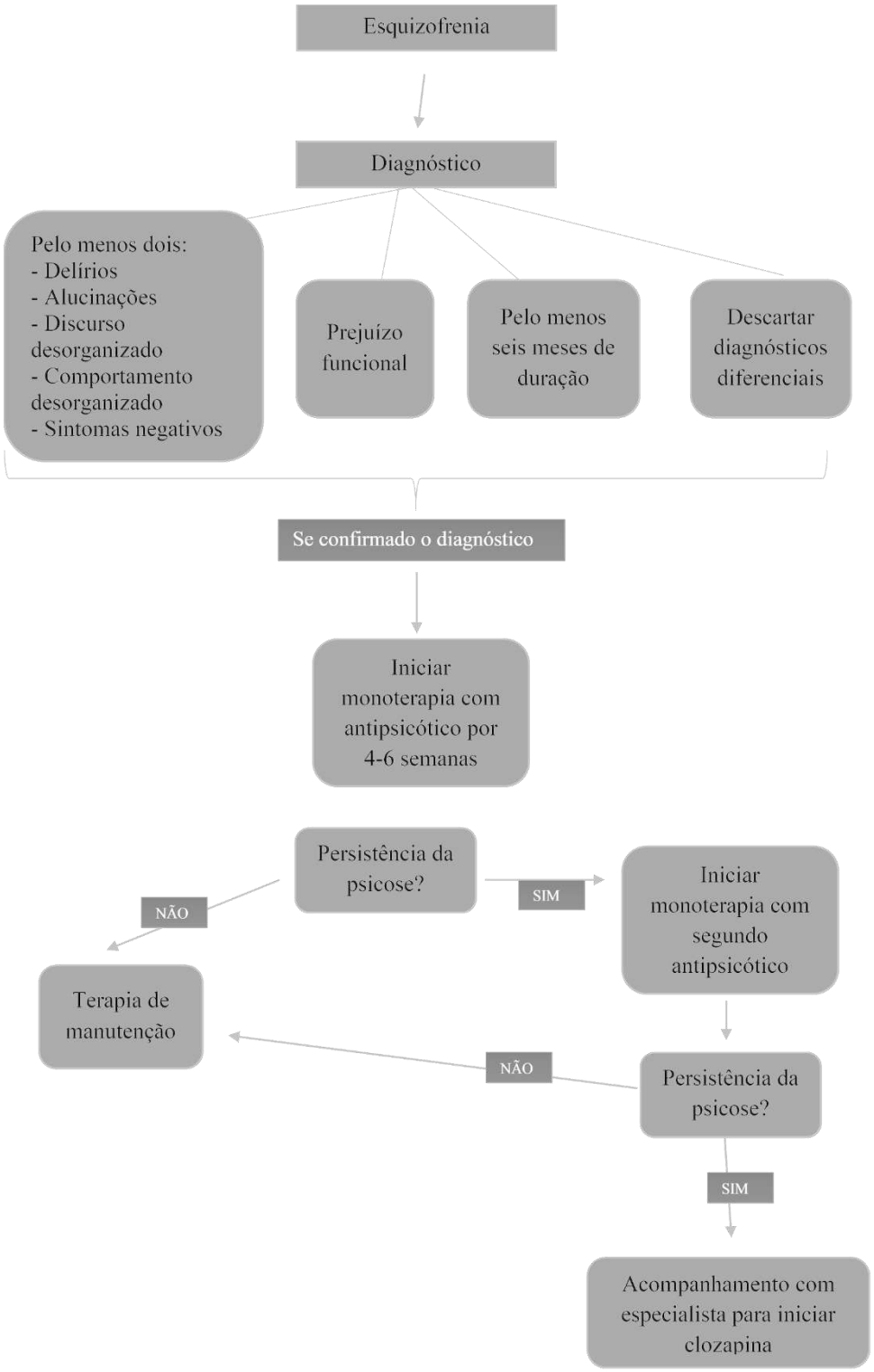
c) Investigar história de comorbidades psiquiátricas na família.

d) Repreender o paciente em relação aos delírios, explicando que são falsos.

e) Questionar sobre medicações prévias e comorbidades.

Gabarito: 1. A, 2. B, 3.D.

FLUXOGRAMA



Fonte: autores (2021).

REFERÊNCIAS

ABEL, K.M.; DRAKE, R.; GOLDSTEIN, J. M. Sex differences in schizophrenia. Int Rev Psychiatry. [S.L.]: [s.n.], 2010. P.417.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

DORETTO, L. F.; A. NETO, A. G. A. Esquizofrenia e outras psicoses. In: PARAVENTI, F. et al. Manual de Psiquiatria Clínica. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016

KRISHNA, R. P. et al. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. P&T. [S.L.]: [s.n.], 2014. V. 39 N. 9.

YEN, S. Y.; HUANG, X.; CHIEN, C. The self-stigmatization of patients with schizophrenia: A phenomenological study. Archives of Psychiatric Nursing 34. [S.L.]: [s.n.], 2020. P. 29-35.

UNIDADE X

CAPÍTULO LI

SAÚDE DO TRABALHADOR

DOI: 10.51859/amplla.cca849.1121-51

Autor(a): Ana Clara de Souza Correa
Coautores: José Francisco Igor Siqueira Ferreira
Tainá Machado Studart Gurgel de Oliveira
Victor Carneiro de Souza
Orientador(a): Sânkia Maria Lopes Aragão

1. INTRODUÇÃO

Trabalhador ou trabalhadora é qualquer indivíduo que exerça alguma atividade para o sustento próprio e/ou de outrem, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho e a sua relação com esse - formal ou informal, salariado ou assalariado (BRASIL, 2001). Ao longo dos anos, o processo produtivo passou por algumas modificações e, na sociedade contemporânea, caracteriza-se por uma atividade fragmentada, na qual o trabalhador, na grande maioria dos casos, apresenta uma atividade monótona e repetitiva.

A Saúde do Trabalhador, segundo a Constituição brasileira, é um conjunto de atividades voltadas para a prevenção e a promoção da saúde do trabalhador. Acrescenta-se a isso a reabilitação e a recuperação de uma doença que tenha sido ocasionada ou agravada pela condição de trabalho na qual o indivíduo está inserido. A equipe de Assistência Básica de Saúde (ABS), além de buscar promover ações para a melhoria das condições de trabalho, também deve fomentar a autonomia do trabalhador, para que este possa lutar pelos direitos trabalhistas e participar ativamente no processo de decisão terapêutica. Frente a isso, nota-se que ABS exerce um papel fundamental na garantia dessas ações.

As doenças que o trabalhador pode desenvolver, em decorrência de sua ocupação, segundo a Classificação de Schilling (SCHILLING, 1984), podem ser categorizadas em:

I. Doença na qual o trabalho é a causa direta;
II. O trabalho como um fator contributivo, mas não necessário no processo de adoecimento do trabalhador;
III. O trabalho como provocador de um distúrbio latente ou como um agravante de um distúrbio já estabelecido.

A nocividade do ambiente de trabalho está relacionada aos materiais utilizados na produção e a exposição dos trabalhadores a esses insumos, os equipamentos empregados e as atividades desempenhadas, o uso ou a falta de equipamentos de proteção, a jornada de trabalho e a relação que os profissionais estabelecem com os cargos superiores e com os colegas de serviço.

Na maioria dos casos, os trabalhadores estão sujeitos a mais de uma categoria de risco, o que pode potencializar a doença do indivíduo. Por isso, a equipe de saúde deve atentar, principalmente, na anamnese para um histórico de exposições simultâneas. Em relação às principais categorias de risco ao trabalhador, destacadas pelo caderno de Atenção Básica da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, de 2018, vale mencionar:

- Riscos Físico;
- Riscos Químicos;
- Riscos Mecânicos;
- Riscos Biológicos;
- Psicossociais.

1.1. ANAMNESE OCUPACIONAL

Segundo Duncan (2004) e o Manual do Ministério da Saúde (2018) deve-se dar especial atenção à anamnese do trabalhador e da trabalhadora, abordando os seguintes pontos:

História ocupacional - busca coletar informações sobre o trabalho desempenhado pelo profissional ao longo do tempo. Por isso, é importante:

- Anotar de forma cronológica, todas as ocupações exercidas pelo indivíduo ao longo de sua vida, o tempo em que trabalhou em cada uma dessas funções e descrever as atividades que realizou em trabalhos anteriores e no(s) trabalho(s) atual(is).
- Descrever a atividade realizada pelo trabalhador, se apresenta ou não exposição a algum agente (físico, químico ou biológico), a duração da jornada de trabalho, quais dias da semana trabalha, se faz horas extras (se sim, quantas vezes na semana), se tem pausas ou intervalos durante a jornada de trabalho e se tem recessos e/ou férias. Além disso, é necessário questionar o paciente quanto às relações interpessoal e profissional estabelecidas com os profissionais da mesma categoria e de hierarquias superiores.

- Investigar se a empresa oferece equipamentos de proteção individual e coletiva e se estes acessórios estão em bom estado.
- Questionar sobre afastamentos anteriores, identificando a causa, o motivo e se durante esse período recebeu algum benefício.

História da Doença Atual (HDA):

- Investigar as relações entre as queixas e as atividades realizadas pelo trabalhador em funções passadas, recentes e atuais.

História Médica Pregressa:

- Doenças concomitantes;
- História de fraturas, traumas, cirurgias, medicamentos;
- Acidentes de trabalho.

Atividade Psicossocial:

- Condições de moradias;
- Relacionamentos sociais e familiares;
- Atividades de lazer;
- Atividade(s) física(s);
- Alimentação;
- Uso de drogas e de álcool.

2. PRINCIPAIS SITUAÇÕES CLÍNICAS DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

2.1. ACIDENTE DE TRABALHO

Acidentes de trabalho (AT) são eventos repentinos que acometem o trabalhador durante a atividade laboral, no ambiente de trabalho ou durante o percurso casa-trabalho e/ou trabalho-casa (acidentes de trajeto). Além disso, incluem as situações em que o trabalhador está representado ou à serviço da empresa, independentemente do vínculo empregatício.

Deve-se considerar como acidente de trabalho grave, quando ocorre morte, mutilação ou o indivíduo é menor de 18 anos. Entre as consequências e os desfechos dos AT na vida do trabalhador, destacam-se: morte, perda da funcionalidade e redução (temporária ou

permanente) para o trabalho. Deve-se considerar também como AT agressões verbais e físicas, assédio e homicídio (BRASIL, 2018).

Diante de uma situação em que o indivíduo estava trabalhando, no percurso e/ou há indícios de que a pessoa estava em atividade laboral, na presença de uma lesão grave ou fatal ou trabalhador menor de 18 anos, deve-se notificar o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), emitir a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) para segurado SAT-INSS (Seguro de Acidente de Trabalho – Instituto Nacional do Seguro Social) e investigar o acidente.

2.2. LER/DORT

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são agravos relacionados ao trabalho, no qual a exigência de agrupamentos musculares e esqueléticos ultrapassam a capacidade fisiológica, ocasionando lesões e distúrbios nas regiões envolvidas. Essas doenças costumam ser insidiosas e multifatoriais. Destacam-se entre os principais fatores de risco: atividade repetitiva, com a execução do mesmo movimento, utilização contínua dos mesmos músculos, relações hierárquicas e interprofissionais rígidas e competitivas (BRASIL,2018) (DUNCAN,2014). A seguir, a Tabela 1 trata as principais LER/DORT, os fatores de risco e o quadro clínico de cada uma das condições.

Tabela 1 - Principais LER/DORT

Fatores de Risco	Quadro clínico
Cervicalgia	
▪ Postura forçada da inclinação cabeça-pescoço ▪ Contratura estática que dure mais de 30 a 60 segundos ou imobilização do pescoço, da cabeça ou dos ombros por tempo prolongado ▪ Tensão emocional crônica ▪ Elevação e/ou abdução dos braços acima dos ombros associada à força ▪ Posturas fixas e prolongadas ▪ Flexão cervical acentuada durante atividade por períodos longos	▪ Queixa de dor e de rigidez da cabeça aos movimentos ▪ Dor profunda, às vezes em peso e episódica ▪ Sintomas agravados pelo movimento do pescoço e aliviados pelo repouso ▪ Contratura muscular cervical ▪ A dor da região cervical superior é referida próxima à região occipital ▪ A dor do segmento inferior ocorre na cintura escapular ▪ Desvio postural na coluna cervical ▪ Sintomas neurológicos vagos nos membros superiores ▪ Dor a percussão dos processos espinhosos cervicais
Dedo em Gatilho	

Fatores de Risco	Quadro clínico
▪ Alta repetitividade ▪ Compressão palmar, associada à realização de força ▪ Movimentos repetitivos de flexão de dedos associados à força, em postura inadequada ou compressão dos tendões nos dedos por objetos de aresta viva ou muito fino ▪ Vibração	▪ Dificuldade para extensão forçada do dedo, contra obstáculo, após a sua flexão máxima, condição que gera sensação de dor ▪ Mais comum em mulheres ▪ Associado a síndrome do túnel do carpo e a síndrome de Quervain ▪ São mais intensos pela manhã e na articulação interfalangiana proximal ▪ Pode afetar o polegar e todos os dedos ▪ Dor localizada devido à dificuldade de o tendão deslizar pela polia anular ▪ Nódulo palpável na bainha do tendão do flexor ▪ "Clic" audível quando o dedo se desengatilha pela passagem do nódulo na polia.
Dor no Ombro	
▪ Queda atingindo o membro ▪ Movimentos repetitivos de elevação-abdução acima dos ombros associados à força ▪ Elevação do cotovelo ▪ Levantamento de carga pesada (>20kg) ▪ Ato de puxar súbito associado à força	▪ Dor na região do deltoide ▪ Dor na região subacromial no arco doloroso glenoumeral ▪ Dor à flexão anterior e rotação interna ▪ Atrofia da cintura escapular em casos crônicos ▪ Pontos de gatilhos nos músculos da cintura escapular, esternocleidomastoideo e trapézio alto ▪ Diminuição da força ▪ Dor noturna/dificuldade em dormir sobre o ombro ▪ Crepitações subacromial
Lombalgia Aguda	
▪ Esforço físico intenso com a coluna vertebral ▪ Levantamento e carregamento de peso (>20kg) ▪ Postura sentada prolongada ▪ Postura forçada do dorso	▪ Dor de característica mecânica localizada entre a parte mais baixa do dorso e a prega glútea ▪ Aparece após força física excessiva em estruturas normais ou após força física normal em estruturas lesionadas ▪ Atitude antálgica ▪ Desvio postural da coluna lombar ▪ Contratura muscular paravertebral da coluna lombar ▪ Dor a palpação dos processos espinhosos lombares ▪ Diminuição da mobilidade lombar
Síndrome do Túnel do Carpo	
▪ Movimentos repetitivos de flexão e extensão do punho com força e em posição antiergonômica ▪ Traumatismo na base volar do punho ▪ Vibrações ▪ Uso de alicates e tesouras	▪ Sensação de formigamento na mão, na área de inervação do nervo mediano (polegar, indicador, dedo médio, metade do anular e região palmar), frequentemente noturna ▪ Raras vezes dor no punho, referida para cima, pelo membro superior

Fatores de Risco	Quadro clínico
▪ Movimentos repetitivos com desvio ulnar e/ou radial do carpo ▪ Movimentos repetitivos de pinça utilizando força e desvio dorsal e ventral do punho ▪ Compressão mecânica do punho ou base da mão	▪ O paciente precisa balançar a mão para obter alívio (zerar termômetro) ▪ Em casos crônicos presença de hipotrofia tenar ▪ Quando há comprometimento motor a força de preensão está diminuída ▪ Dificuldade de pegar objetos pequenos
Tenossinovite estenosante De Quervain	
▪ Movimento brusco ou repetitivo em abdução do polegar ▪ Movimento repetitivo de pinça do polegar seguida de flexão, extensão ou rotação do punho, principalmente associado à força ▪ Polegar alienado	▪ Dor na face radial do punho, na região do processo estiloide do rádio ou no primeiro compartimento dorsal do punho ▪ Piora dos movimentos do polegar ▪ Dor à extensão do polegar ▪ Crepitação na projeção dos tendões abdutor longo e extensor curto do polegar ▪ Dor que piora na manobra de desvio ulnar forçado (teste de Finkelstein) ▪ Edema sobre o primeiro compartimento dorsal do punho
Epicondilite Medial	
▪ Sobrecarga em valgo do cotovelo ▪ Movimentos repetitivos de flexo-extensão ou de pronossupinação, durante mais de 2h por dia ▪ Carregamento de peso acima de 20 kg ▪ Esforço estático com o antebraço, com exigência de força ▪ Esforços envolvendo flexão do punho ▪ Preensão prolongada de objetos com o punho estabilizado em flexão dorsal ▪ Vibração	▪ Palpação dolorosa do epicôndilo medial ▪ Dor na região medial do cotovelo aumentada pela flexão do punho contrarresistência ou pela flexão forçada dos dedos
Epicondilite Lateral	
▪ Sobrecarga repetitiva ▪ Esforço em arranco ▪ Trauma agudo ▪ Carregamento de peso > 20kg	▪ Palpação dolorosa do epicôndilo lateral ▪ Dor na região lateral do cotovelo, acentuado por manobras contrarresistência e pela extensão forçada do 3º dedo

Fonte: Tabela retirada de DUNCAN (2004)

O tratamento de cada paciente e da sua condição deve ser individualizado e envolve uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, trabalhando de forma interprofissional. O afastamento do trabalho em alguns casos pode ser necessário. Para o manejo da dor, a classe mais utilizada é a dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). É importante ressaltar que na maioria dos casos de dor crônica decorrentes de distúrbios osteoarticulares, a melhora da dor é moderada e a da restauração da força física é baixa.

2.3. DERMATOSES OCUPACIONAIS

As dermatoses ocupacionais, também conhecidas como dermatoses relacionadas ao trabalho, são condições que acometem as mucosas, a pele e os seus anexos e que estão associadas a agentes presentes no ambiente de trabalho, podendo o contato ser de forma direta ou indireta. Na Tabela 2 estão listadas as principais dermatoses ocupacionais, baseadas no protocolo de Dermatoses Ocupacionais, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006.

Tabela 2 – Fisiopatologia, Quadro Clínico e Tratamento das principais Dermatoses Ocupacionais

Fisiopatologia	Quadro clínico	Tratamento
DERMATITE DE CONTATO		
DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES		▪ Higiene local ▪ Tópico: ○ Corticoide ○ Emoliente ○ Hidratante ▪ Sistêmico ○ Anti-histamínico (hidroxizine, loratadina) ○ Corticoide – pode ser usado nas fases graves, durante a exacerbação aguda ▪ Infecção secundária: Antibiótico
Não envolve a ativação do sistema imunológico, nem um histórico de sensibilização anterior.	▪ Depende da substância envolvida, do tempo de exposição e da quantidade. ▪ Pele seca ▪ Descamação ▪ Eritema ▪ Fissuras na pele, podendo apresentar sangramento	
DERMATITE IRRITATIVA DE CONTATO FORTE		
Não envolve ativação do sistema imunológico.	▪ Depende da substância envolvida, do tempo de exposição e da quantidade. ▪ Ulceração, com posterior necrose da área de contato ▪ Queimação ▪ Ardor ▪ Dor	
DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO		
Envolve ativação do sistema imunológico	▪ Eritema ▪ Edema ▪ Prurido ▪ Cronificação: crostas serosas na pele (podendo apresentar um quadro de infecção secundária), espessamento da epiderme, descamação e fissuras. ▪ Testes epicutâneos positivos	
ÚLCERA CRÔNICA NA PELE NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE		
Exposição ao cromo e aos seus compostos	▪ Úlceras em locais de lesão na pele (região com uma lesão prévia) e em regiões úmidas (mucosas)	▪ Interromper a exposição ao agente ▪ Limpeza das úlceras (Soro fisiológico a 0,9% ou

Fisiopatologia	Quadro clínico	Tratamento
	▪ Características das úlceras: ○ Bordas elevadas e bem definidas ○ Fundo escavado ○ Dolorosas ○ Podem ser cobertas por uma crosta	solução de 10 ml água destilada ou SF + 1 comprimido de 1g de vitamina C) ▪ Deve-se utilizar um curativo de algodão embebido na solução com vitamina C e deixar na ferida por 1h (fazer durante 5 dias) e, posteriormente, aplicar o creme para cicatrização (deve ser usado até a cura)
URTICÁRIA DE CONTATO		
Contato com algum agente que desencadeia uma reação alérgica com liberação de histamina	▪ Pápulas eritematosas, edemaciadas e, na maioria dos casos, pruriginosas	▪ O tratamento depende do quadro clínico do paciente ▪ Anti-histamínico (em alguns casos pode associar corticoide) ▪ Adrenalina em casos com risco ou com comprometimento das vias aéreas
DISTROFIAS UNGUEAIS – ONICOPATIAS		
Alterações nas unhas e nos seus componentes que são ocasionadas, mantidas e/ou agravadas por agentes (químicos, biológicos e físicos) existentes no ambiente de trabalho	▪ O quadro clínico varia de acordo com o fator envolvido	▪ Melhora dos EPIs ▪ Período de descanso durante a jornada de trabalho ▪ Detecção e tratamento precoce

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2006

2.4. TRANSTORNOS MENTAIS

As rápidas transformações no ambiente de trabalho e na maneira com que se consome, faz com que os trabalhadores estejam expostos a uma maior demanda de produtividade, jornadas de trabalho extensas, falta de intervalos, ambiente competitivos, condições de trabalho precárias, relações interpessoais (com pessoas do mesmo setor ou de hierarquia diferentes) fragmentadas, assédio. Esses fatores podem atuar de forma isolada ou sinérgica no desenvolvimento ou agravamento da saúde mental do trabalhador. Além disso, deve-se considerar o risco químico, que pode interferir no sistema nervoso central.

Entre as disfunções e as deficiências decorrentes do transtorno mental, a Associação Médica Americana (AMA), criou alguns indicadores e parâmetros a serem analisados, dispostos na Tabela 3:

Tabela 3 - Disfunções e deficiências decorrentes do transtorno mental – indicadores e parâmetros a serem analisados segundo a AMA

▪ **Limitação em atividades da vida diária:** Atividades de autocuidado, higiene, comunicação, deambulação, repouso, sono. ▪ **Exercício de funções sociais:** capacidade em conviver com os indivíduos que o cercam (familiares, colegas de trabalho, vizinhos), sem agressividade e sem isolamento. ▪ **Concentração, persistência e ritmo**: capacidade em manter a atenção focalizada em tempo suficiente na realização de uma tarefa (domiciliar, no trabalho) ▪ **Deterioração e descompensação no trabalho:** falhas repetitivas na adaptação de circunstâncias estressantes.

Fonte: AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition. [Robert D. Rondinelli] (BRASIL, 2001).

3. CASO CLÍNICO

M.S.F, sexo feminino, 35 anos, trabalha como digitadora há 10 anos. Já trabalhou em outra empresa, na qual exercia o mesmo cargo. Procura consulta médica por sentir um formigamento no polegar, no indicador, no dedo médio, em metade do dedo anelar e na região palmar, que intensifica no período da noite, em ambas as mãos. Além disso, apresenta dores na articulação do punho, sendo mais intensa no lado direito, que irradia para o braço. Durante esses episódios de dores ela não consegue digitar e necessita fazer uma pausa, massageando a região ou balançando os punhos para tentar obter uma melhora. Relata uma diminuição da força e dificuldade para pegar objetos pequenos. Ademais, alega que a situação vem deixando-a bastante apreensiva, tendo dificuldades para dormir e acordando várias vezes à noite. Paciente alega que vem apresentando um comportamento mais irritado no trabalho e em casa e dificuldade em prestar atenção.

1) **Diante do quadro clínico da paciente e da sua atividade trabalhista, qual seria a principal hipótese diagnóstica para os sinais e sintomas que ela apresenta na mão e no punho:**
    a) Epicondilite lateral
    b) Dedo em gatilho
    c) Síndrome do túnel do carpo
    d) Artrite reumatoide
2) **Em relação a saúde mental da paciente, pode-se concluir que:**

a) O fato da paciente apresentar-se irritada no trabalho, desanimada, com perda da capacidade de concentração é algo normal, principalmente, no setor em que ela trabalha.

b) A saúde mental não apresenta nenhuma relação com o quadro de dor no punho relatado pela paciente.

c) A saúde mental é um dos fatores que pode agravar e/ou ser uma consequência do quadro de limitação da paciente

d) Não é necessário promover ações na empresa em que a paciente trabalha para prevenir que outros trabalhadores venham a desenvolver agravos semelhantes.

3) Em relação a anamnese de indivíduos com agravos relacionados ao trabalho:

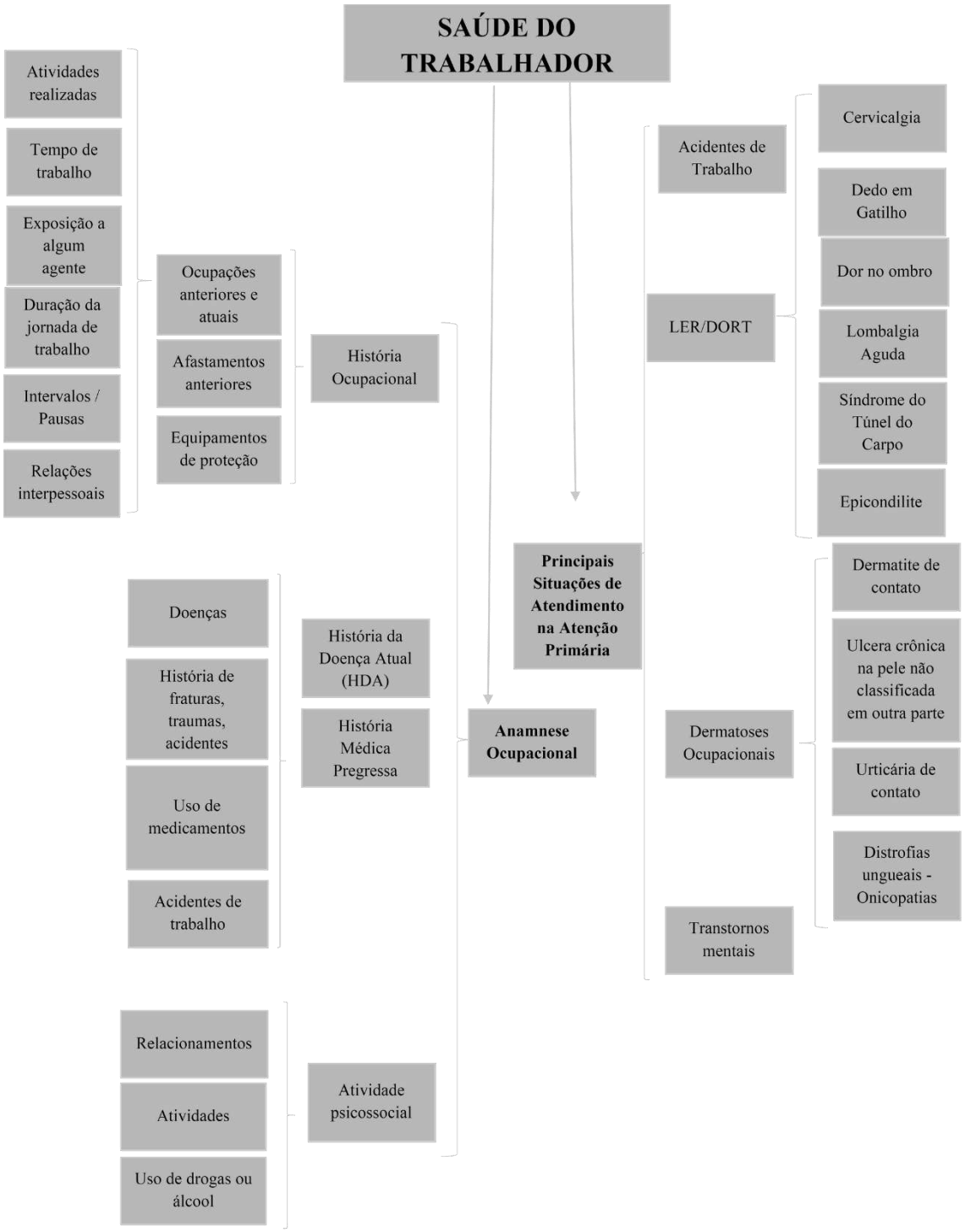
a) Se o paciente relatar algum agravo relacionado ao trabalho, não se deve investigar outras condições

b) A História Ocupacional anterior dos pacientes é de pouca valia e, por isso, não é necessária para a análise do quadro clínico do paciente.

c) Questionar sobre os relacionamentos sociais e familiares e sobre o uso de álcool e droga são perguntas invasivas que devem ser evitadas

d) Na anamnese deve-se atentar para a história ocupacional atual e prévia do paciente, considerando a atividade desempenhada. Além disso, deve-se investigar o histórico médico desse paciente e a sua saúde mental.

Gabarito: 01-C; 02-C; 03-D



Fluxograma – Fonte: autores (2021).

REREFÊNCIAS

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho/organizado por Suerda Fortaleza de Souza. Salvador: DIVAST, 2014.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF: [s.n.], 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20.11.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernoab_saude_do_trabalhador.pdf. Acesso: 20.11.2020.

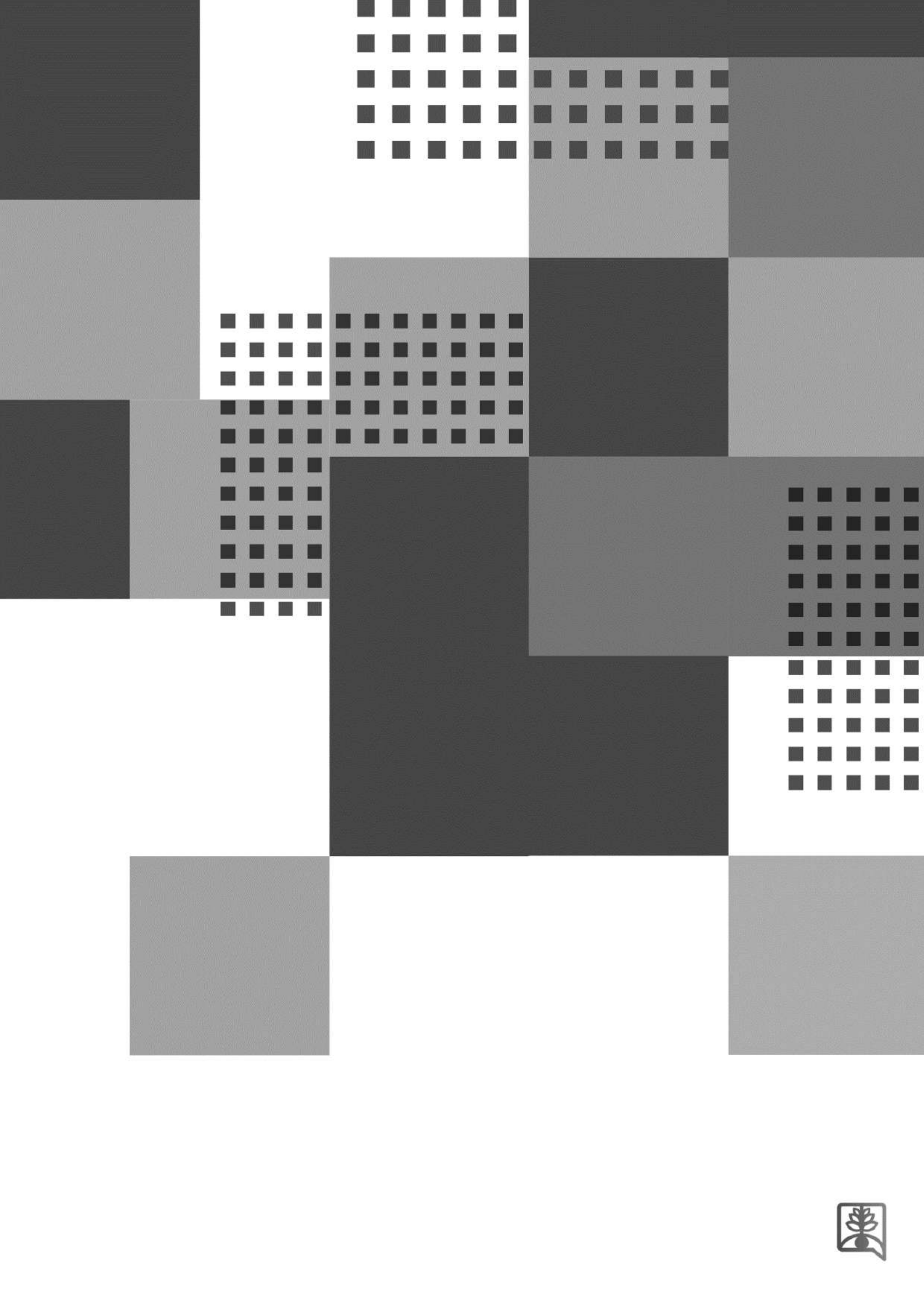
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador Saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS; 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf Acesso: 20.11.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Dermatoses ocupacionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006

DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. P.1600.

SCHILLING, R.S.F. More effective prevention in occupational health practice? J. Soc. occup. Med. [S.L.]: [s.n.], 1984. p.71-9.



9 786588 332849