

Programa Mais Médicos para o Brasil

EIXO 4 | ATENÇÃO À SAÚDE

MÓDULO 12

Abordagem a problemas gerais e inespecíficos

2ª edição



UFCSPA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Programa Mais Médicos para o Brasil

EIXO 4 | ATENÇÃO À SAÚDE

MÓDULO 12

Abordagem a problemas gerais e inespecíficos

2ª edição

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
(UFCSPA)
2023



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Instituições patrocinadoras:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Secretaria-Executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Coordenação da UNA-SUS/UFCSPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823a

Brasil. Ministério da Saúde.

Abordagem aos problemas gerais e inespecíficos [módulo 12] / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Brasília : Fundação Oswaldo Cruz, 2023.

Inclui referências.

100 p. : il., tabs. (Projeto Mais Médicos para o Brasil. Atenção à saúde ; 4).

ISBN: 978-65-84901-47-6

1. Atenção primária à saúde. 2. Atendimento clínico. 3. Sistema Único de Saúde. 4. UNA-SUS. I. Título II. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. III. Série..

CDU 610

Bibliotecário: Phillipe de Freitas Campos | CRB1 3282

Ficha Técnica

© 2023. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal de São Paulo.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada a sua utilização comercial.

Referência bibliográfica

MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Abordagem aos problemas gerais e inespecíficos [módulo 12]. 2. ed. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Eixo 4: atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 100 p.

Ministério da Saúde

Nísia Trindade Lima | *Ministra*

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Nésio Fernandes de Medeiros Junior | *Secretário*

Departamento de Saúde da Família (DESF)

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas | *Diretora*

Coordenação Geral de Provimento Profissional (CGPROP)

Wellington Mendes Carvalho | *Coordenador*

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Mario Moreira | *Presidente*

Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

Maria Fabiana Damásio Passos | *Secretária-executiva*

Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Projetos e Programas (UNA-SUS)

Alysson Feliciano Lemos | *Coordenador*

Assessoria de Planejamento (UNA-SUS)

Aline Santos Jacob

Assessoria Pedagógica (UNA-SUS)

Márcia Regina Luz

Sara Shirley Belo Lança

Soraya Medeiros Falqueiro

Adriana Alves de Almeida

Revisor Técnico-Científico UNA-SUS

Paula Zeni Miessa Lawall

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima
Rodrigo Pastor Alves Pereira

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Lucia de Campos Pellanda | *Reitora*
Jennifer Saffi | *Vice-reitora*

Coordenação Geral UNA-SUS/UFCSPA

Aline Corrêa de Souza | *Coordenadora*

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Rua Sarmiento Leite, 245 – Centro Histórico, Porto Alegre/RS CEP 90050-170
(51) 3303-8700
proppg@ufcspa.edu.br
www.ufcspa.edu.br

Créditos

Revisor Técnico-Científico UNA-SUS

Melanie Noel Maia
Paula Zeni Miessa Lawall
Rodrigo Luciano Bandeira de Lima
Rodrigo Pastor Alves Pereira

Designer Gráfico UNA-SUS

Claudia Schirmbeck

Apoio Técnico UNA-SUS

Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) – UNA-SUS

Phillipe de Freitas Campos
Juliana Araujo Gomes de Sousa
Tainá Batista de Assis

Engenheiro de Software UNA-SUS

José Rodrigo Balzan
Onivaldo Rosa Júnior

Desenvolvedor de Moodle UNA-SUS

Claudio Monteiro
Jaqueline de Carvalho Queiroz
Josué de Lacerda Silva
Luciana Dantas Soares Alves
Lino Vaz Moniz
Márcio Batista da Silva
Rodrigo Mady da Silva

Coordenador Geral UNA-SUS/UFCSPA

Aline Corrêa de Souza

Coordenador Adjunto UNA-SUS/UFCSPA

Adriana Aparecida Paz

Coordenador de Produção Pedagógica UNA-SUS/UFCSPA

Marta Quintanilha Gomes

Consultora Técnica Sênior na Área de Pedagogia UNA-SUS/UFCSPA

Márcia Rosa da Costa

Gerente de produção UNA-SUS/UFCSPA

Carlos Eduardo Borba Wudich

Gerente de Tecnologia da Informação UNA-SUS/ UFCSPA

Luís Gustado de Costa

Conteudista

Brenda Wander

Consultora Técnica na Área de Saúde UNA-SUS/ UFCSPA

Larissa Simão Beskow Junckes

Consultoras Técnicas na Área de Pedagogia UNA-SUS/UFCSPA

Fernanda Coferri
Magda Lorenz Granville

Apoiadora pedagógica UNA-SUS/UFCSPA

Deisi Moraes

Revisora Gramatical UNA-SUS/UFCSPA

Camila Faustino de Brito

Especialista em Gestão de Projetos UNA-SUS/UFCSPA

Danielle Trevizan Corrêa

Apoiadora Técnica na Área Administrativa UNA-SUS/UFCSPA

Jéssica Aguirre da Silva

Apoiador Administrativo UNA-SUS/UFCSPA

Robinson Luis Collet da Fonseca

Consultora Técnica Sênior na Área de Produção UNA-SUS/ UFCSPA

Alessandra Tavares Francisco Fernandes

Desenvolvedores Full Stack (PPU) UNA-SUS/UFCSPA

Matheus Miguel Soares de Medeiros
Pedro Hailliot Dahmer

Designer Gráfico Sênior UNA-SUS/ UFCSPA

José Fialho Oliveira Junior

Designer Gráfico UNA-SUS/ UFCSPA

Daniela Barbosa Behrends

Webdesigner UNA-SUS/ UFCSPA

Paola Löw Pagliarini

Ilustrador EAD UNA-SUS/ UFCSPA

Leonardo Slaviero Martins

Editor de Audiovisual UNA-SUS/ UFCSPA

Juliano Machado Padilha

Apoiador Técnico na Área de Produção UNA-SUS/ UFCSPA

Pedro Barbosa Behrends

Auxiliar de Comunicação UNA-SUS/ UFCSPA

Valentina Ruivo Bressan

Analista de Sistemas Senior UNA-SUS/ UFCSPA

Felipe Augusto Prauchner Christmann

Analista de Sistemas Júnior UNA-SUS/ UFCSPA

Vinicius Vicente Soares

Analistas de Banco de Dados e Infraestrutura UNA-SUS/ UFCSPA

Edilson de Jesus Oliveira Junior

Guilherme Nique da Silva



Sumário

Apresentação do módulo	11
Unidade 1 – O processo de tomada de decisão na medicina de família e comunidade (MFC), abordagem de quadros indiferenciados e o sintoma como diagnóstico	12
1.1 Solução de problemas e tomada de decisão	13
1.1.1 Características da clínica na MFC	15
1.1.2. A abordagem centrada na pessoa no contexto dos sinais e sintomas inespecíficos	16
1.1.3 O processo de tomada de decisão na MFC	17
1.2 O sintoma como diagnóstico e os sintomas clinicamente inexplicados	20
1.2.1 Os sintomas clinicamente inexplicados	20
1.2.2 O medo e o sobrediagnóstico	22
Encerramento da unidade	24
Unidade 2 – Manejo de sinais e sintomas gerais e inespecíficos na APS	25
2.1 Abordagem da febre	26
2.1.1 Exames complementares	29
2.1.2 Manejo	29
2.1.3 Febre prolongada de origem indeterminada	30
2.2 Abordagem da linfonodomegalia	32
2.2.1 Exames complementares	36
2.3 Abordagem da fraqueza	37
2.3.1 Exames complementares	39
2.3.2 Fadiga crônica	40
2.4 Abordagem da dor aguda e crônica	40
2.4.1 Manejo	44
2.5 Abordagem da tontura e síncope	45
2.5.1 Síncope e pré-síncope	51
2.5.2 Hiperventilação	52
2.5.3 Desequilíbrio	52
2.5.4 Exames complementares	53
2.5.5 Manejo	53
2.6 Preparo para exames	54
Encerramento da unidade	56

Unidade 3 – Manejo de situações especiais	57
3.1 O paciente considerado “difícil”	58
3.2 Situações especiais na prática	60
Encerramento da unidade	65
Unidade 4 – Prescrição e desprescrição	66
4.1 Prescrição de medicamentos	67
4.2 Segurança no uso de medicamentos	69
4.2.1 Dupla checagem	70
4.2.2 Os 5 momentos para a segurança	71
4.3 Polifarmácia	73
4.3.1 Interações medicamentosas	76
4.3.3 Medicamentos potencialmente perigosos em idosos	79
4.4 Desprescrição de medicamentos	88
Encerramento da unidade	92
Encerramento do módulo	93
Referências	94
Biografia da conteudista	99



Apresentação do módulo

Olá, caro profissional estudante.

Seja bem-vindo ao módulo “Abordagem aos problemas gerais e inespecíficos”.

Este módulo foi elaborado com base no cotidiano de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), no que diz respeito à avaliação e manejo de condições que se apresentam como inespecíficas ou indiferenciadas. Além disso, será abordado o manejo de pacientes em situações especiais, como aqueles pacientes com características desafiadoras, além das bases da prescrição e desprescrição de medicamentos. Ao longo do módulo serão feitas relações com a abordagem centrada na pessoa para conduzir diversas situações, e com temas como a prevenção quaternária e a medicina baseada em evidências, visto que no manejo dos sinais e sintomas inespecíficos é fundamental que o médico leve em consideração as melhores evidências para suas condutas e evite danos causados por sobrediagnóstico e sobretratamento.

Espero que você tenha um bom estudo!

A conteudista

OBJETIVOS DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM DO MÓDULO

Ao final deste módulo, você deverá ser capaz de:

- Desenvolver competências clínicas para a abordagem adequada de problemas gerais e inespecíficos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).
- Utilizar as abordagens relacionadas aos problemas gerais e inespecíficos no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Para estudar e apreender todas as informações e conceitos abordados, bem como trilhar todo o processo ativo de aprendizagem, estabelecemos uma carga horária de 30 horas para este módulo.

UNIDADE 01

O processo de tomada de decisão na medicina de família e comunidade (MFC), abordagem de quadros indiferenciados e o sintoma como diagnóstico

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM DESTA UNIDADE

- Identificar os processos para tomada de decisão nos casos de quadros indiferenciados e de situações em que o sintoma é o diagnóstico, utilizando a abordagem centrada na pessoa.
- Reconhecer o processo de tomada de decisão e a abordagem a quadros indiferenciados na Medicina de Família e Comunidade (MFC);
- Discutir a abordagem do sintoma como diagnóstico, utilizando a abordagem centrada na pessoa.

INTRODUÇÃO

Caro profissional estudante,

Você certamente já percebeu que, na prática, nem todo sintoma leva a um diagnóstico, e que a busca por um pode ser uma jornada desafiadora, nem sempre necessária. Por vezes, o sintoma não é esclarecido do ponto de vista médico, mesmo após uma investigação adequada. Estas situações podem proporcionar grandes aprendizados na prática do médico na APS, e para isso é necessário compreender o processo de tomada de decisão clínica e alguns conceitos deste processo.

Nesta unidade serão abordados assuntos sobre os processos de tomada de decisão na medicina que têm aspectos que percorrem todas as especialidades, e outros específicos do contexto do médico generalista, ou médico de família e comunidade. O módulo inicia com a discussão de temas como o sintoma e o diagnóstico – cuja relação nem sempre é óbvia, especialmente, quando se trata de sintomas e sinais gerais e inespecíficos.

Bons estudos!

1.1 SOLUÇÃO DE PROBLEMAS E TOMADA DE DECISÃO

O processo de solução de problemas e de tomada de decisão é comum a todas as áreas da medicina, porém, cada especialidade pode ter sua própria forma de aplicar este processo, variando conforme os problemas com que cada especialidade se depara e com a sua função dentro do sistema de saúde (FREEMAN, 2018). Desta forma, um médico que teve a maioria de suas experiências profissionais em hospitais de atenção terciária desenvolveu competências no processo diagnóstico adequadas para o atendimento de pessoas com doenças graves e bem definidas, ou em seus estágios mais avançados.

REFLEXÃO



É assim que os pacientes do médico de família e comunidade se apresentam? Basta ter alguma experiência em atendimento na APS para saber que não. Nossos pacientes se apresentam frequentemente com problemas indiferenciados ou doenças em seus estágios iniciais. Daí a importância de estudarmos como se dá o manejo dos problemas inespecíficos ou indiferenciados no nosso dia a dia.

Vamos compreender melhor o que se entende por sintoma e diagnóstico. Os sintomas são a forma de a pessoa expressar sua experiência de estar doente (FREEMAN, 2018).

A experiência da doença é única e individual. O ser humano demonstra os sintomas de formas diversas, incluindo a linguagem não verbal, dependendo de características individuais e limitações da pessoa. Os sintomas que se encaixam em categorias bem definidas de doença tornam-se palpáveis, resultando em uma patologia (FREEMAN, 2018).



Diagnóstico é a classificação da experiência com a doença de uma pessoa em uma categoria que associa os sintomas a um processo patológico e, em alguns casos, a uma doença específica (FREEMAN, 2018).

Há efeitos indiretos de se ter um diagnóstico definido, algo que muitos pacientes buscam quando procuram o médico. Dar nome à experiência pode ter grande significado simbólico. Pode ser um alívio para a pessoa saber que seu sofrimento não é algo vago, mas que tem nome e soa familiar. Outras vezes o nome dado a uma doença pode ser tão assustador que sequer é pronunciado, tanto pelo médico quanto pelo paciente.

No processo diagnóstico em medicina de família e comunidade lida-se com mais incertezas, exatamente porque muitas vezes a solução de problemas e a tomada de decisões é mais ampla que um diagnóstico, e a solução do problema pode ter pouca relação com ele (FREEMAN, 2018).

1.1.1 CARACTERÍSTICAS DA CLÍNICA NA MFC

Como pode ser caracterizada a demanda atendida pelo Médico de Família e Comunidade?

- Grande incidência de problemas agudos e de curta duração, muitos deles transitórios e auto-limitados;
- Alta predominância de doenças crônicas;
- Alta taxa de experiências com a doença não relacionadas a uma patologia orgânica identificável.

É importante lembrar que a queixa é resultado de um contexto, e as pessoas não se apresentam com problemas isolados, mas com uma mistura complexa de elementos físicos, psicológicos e sociais (FREEMAN, 2018).

Estas características da prática do médico de família e comunidade não significam que nós não atendemos doenças graves como aquelas vistas na atenção terciária. Pelo contrário, devemos ter conhecimentos e habilidades para separar o que é uma situação com potencial risco para a vida da pessoa de situações mais simples e menos perigosas. O diagnóstico precoce é uma grande responsabilidade, especialmente quando isso faz diferença no prognóstico. Desta forma, uma das funções do médico de família e comunidade é a diferenciação entre doenças graves e potencialmente fatais das doenças menos graves, considerando que os sinais e sintomas nos estágios iniciais das doenças são diferentes daqueles em seus estágios mais avançados, o que torna a prática um desafio diário.

Na medicina de família e comunidade temos também o que se pode chamar de “espera permitida”. O uso do tempo para validar hipóteses pode evitar muitas avaliações desnecessárias em caso de problemas autolimitados, por exemplo (FREEMAN, 2018).

Outra característica do atendimento do médico de família e comunidade é que frequentemente vários problemas são apresentados em uma mesma consulta, e o mais importante nem sempre é o primeiro sintoma apresentado. Como a relação nesta especialidade é longitudinal, o médico não precisa preocupar-se em resolver todos os problemas no mesmo momento, mas deve identificar o que é mais importante do ponto de vista do paciente, e o que é potencialmente mais grave do ponto de vista médico. Este acompanhamento da pessoa ao longo do tempo leva a relações próximas entre médico e pessoa, o que permite que o médico utilize seu conhecimento da pessoa na formulação das hipóteses, avaliando probabilidades e entendendo o contexto dos problemas (McWHINNEY, 1979).

Como o médico de família e comunidade atende todos os tipos de problemas, é difícil que saiba, previamente, que tipo de problema é mais provável de encontrar a cada paciente. Ou seja, ele deve adaptar-se a cada situação.

REFLEXÃO



O que vimos até agora tem relação com a abordagem de sinais e sintomas inespecíficos? Na prática, o médico de família e comunidade se depara com experiências de doença que não são diferenciadas nem organizadas, e mesmo após o médico interpretar os dados trazidos pela pessoa, a experiência pode não se encaixar em categorias de diagnóstico.

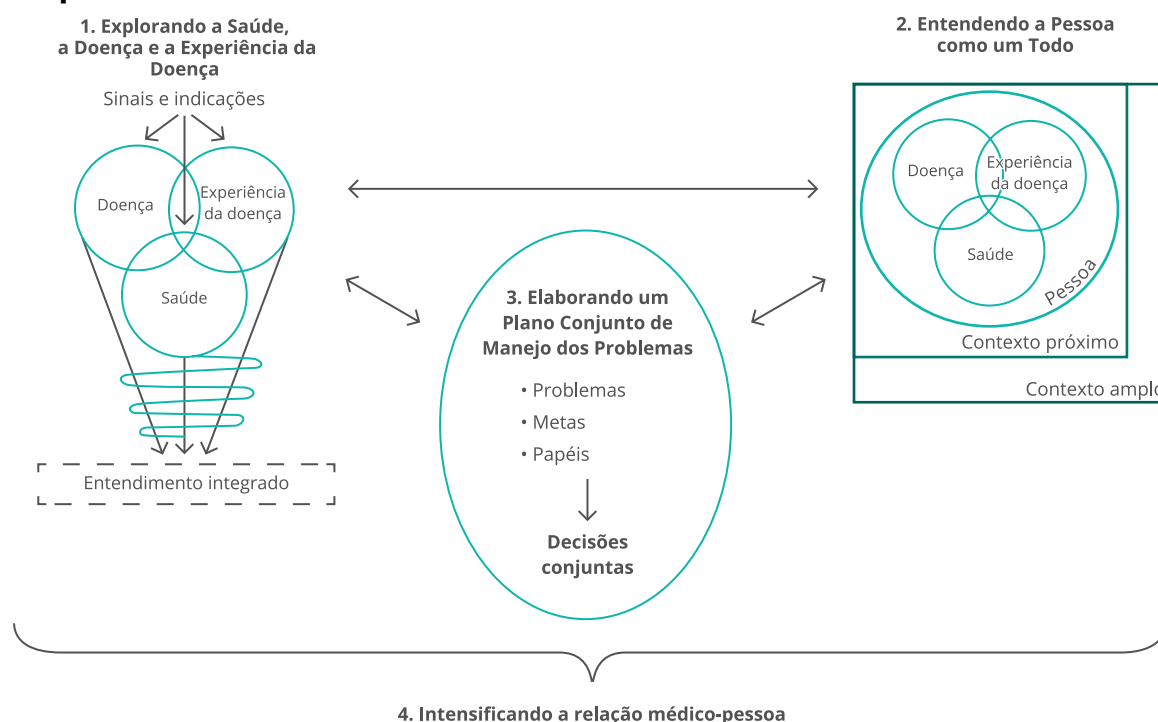
Segundo Freeman (2018) há 5 contextos em que o Médico de Família e Comunidade pode se deparar com pacientes que apresentam sinais e sintomas inespecíficos. Veja a seguir:

1. O problema de saúde pode ser transitório e autolimitado, e a experiência se resolve sem nunca ter sido diagnosticada – como uma situação de febre sem foco definido que se resolve sem intervenção.
2. O problema pode ser tratado tão precocemente que se resolve antes que chegue ao estágio de diagnóstico definitivo - como na prescrição de AINEs em paciente com dor articular, que causa a melhora sem que tenha recebido um diagnóstico de gota.
3. É uma condição limítrofe ou intermediária que é difícil ou mesmo impossível de classificar – como em algumas pessoas que apresentam tontura.
4. A experiência com a doença pode ficar indiferenciada por muitos anos antes que sua natureza verdadeira se desenvolva – como no paciente que se apresenta com episódios de visão turva, porém ainda sem suspeita de esclerose múltipla.
5. A experiência com a doença pode estar tão associada com a personalidade e a vida pessoal que sua classificação é um desafio – como em muitas das situações de dor crônica, em que aspectos psicológicos podem influenciar a apresentação e a intensidade da dor.

1.1.2. A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA NO CONTEXTO DOS SINAIS E SINTOMAS INESPECÍFICOS

Um dos aspectos chave para o manejo de experiências (ou sintomas) persistentemente indiferenciadas é o método clínico centrado na pessoa. Observe a figura e a explicação a seguir:

Esquema Método Clínico Centrado na Pessoa - MCCP



Fonte: Stewart et al, 2017

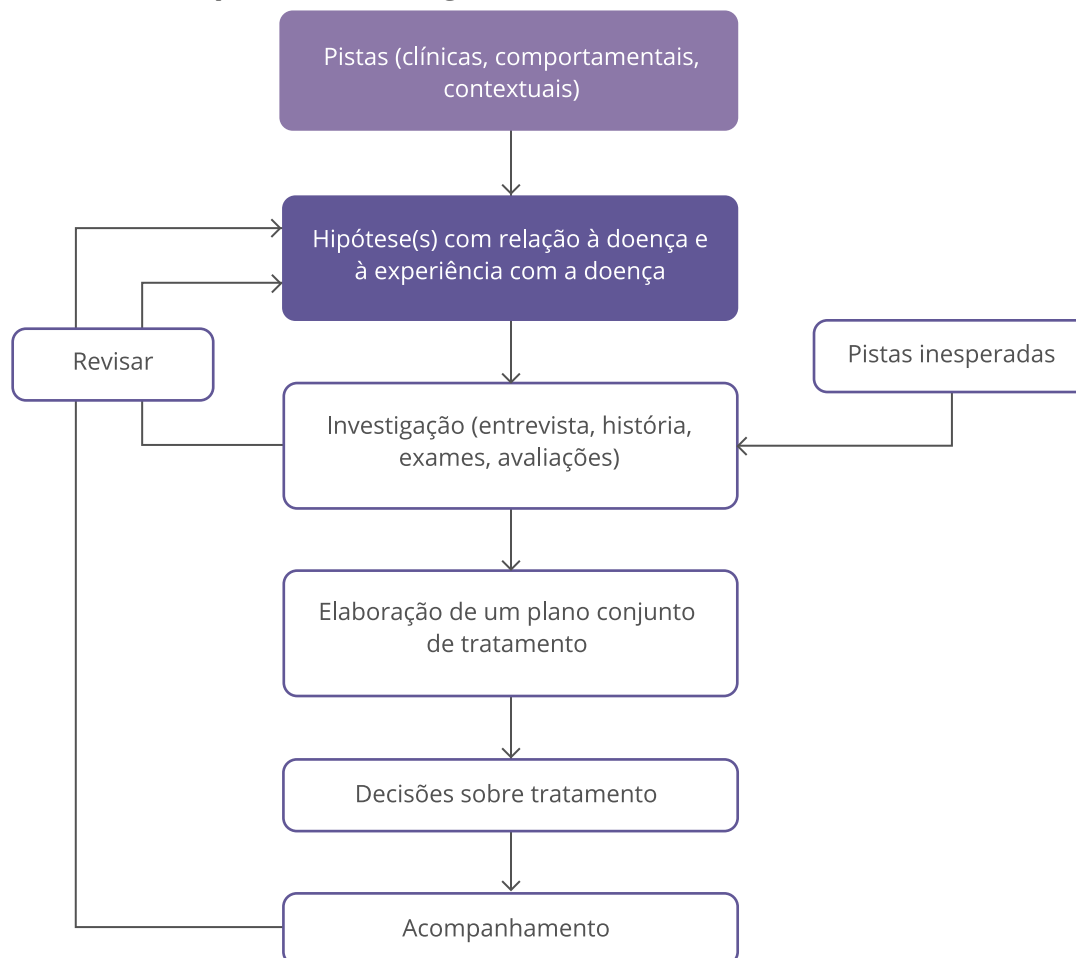
O método clínico centrado na pessoa tem quatro componentes: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença, fundamental para compreender o que o paciente entende como saúde e como adoecimento, suas angústias e expectativas; entendendo a pessoa como um todo, que inclui compreender o contexto próximo e o contexto amplo em que aquela pessoa se insere, e os determinantes sociais da saúde; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas, definindo juntamente com a pessoa quais os problemas, a metas e os papéis de cada um neste processo; e intensificando a relação médico-pessoa, através de uma relação de respeito e confiança mútuos construído com a aplicação do método. Na descrição desse método é usado o termo “pessoa”, e não paciente ou usuário, de forma proposital, para ressaltar a importância de reconhecer seu papel ativo no atendimento médico e no processo saúde-doença. No contexto da abordagem a sinais e sintomas inespecíficos, é importante ressaltar que o primeiro componente, que envolve entender a experiência da doença, compreender o que significa determinada queixa para a pessoa, dá pistas sobre suas possíveis causas e favorece o raciocínio clínico. Como veremos a seguir, algumas das hipóteses que o médico levanta incluem o entendimento e os sentimentos que a pessoa tem sobre seu problema e suas expectativas.

1.1.3 O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NA MFC

McWhinney, em 1979, descreveu o processo de tomada de decisão clínica através de fases do processo diagnóstico, que pode ser usado para explicar o raciocínio clínico em geral e que foi aprimorado ao longo do tempo. Observe a figura e a ex-

plicação sobre este processo.

Um modelo de processo diagnóstico



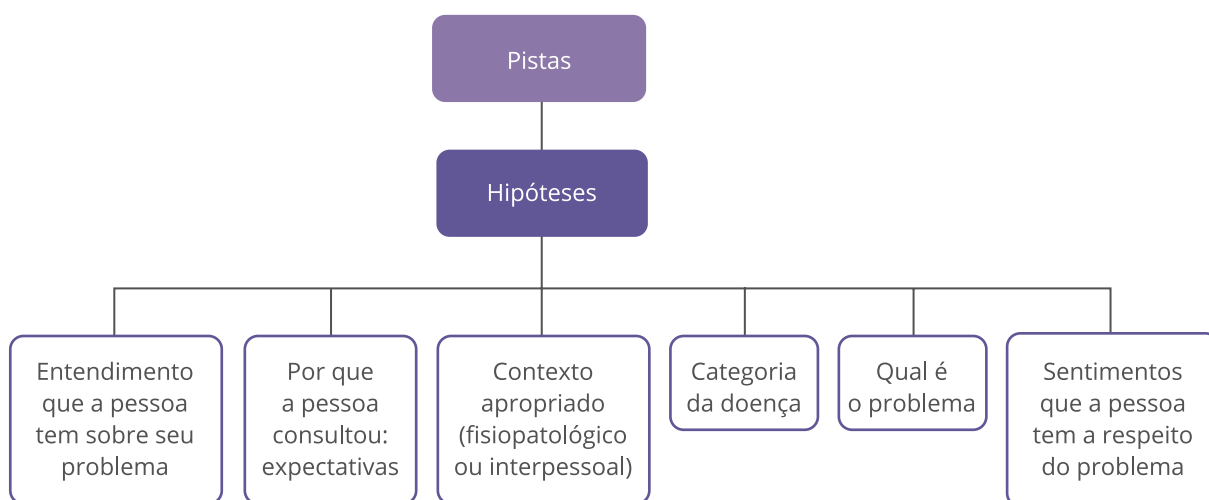
Fonte: Freeman, 2018

Quando se depara com um problema referido pela pessoa, o médico utiliza as pistas para formar uma ou mais hipóteses sobre o que está errado com o paciente. Ele, então, faz uma busca para testar a hipótese, através da história, exame físico e investigação complementar (McWhinney, 1979). Durante a investigação ele procura por evidências positivas e negativas para suas hipóteses. Se a evidência é predominantemente negativa, a hipótese é revisada e a investigação começa novamente. O processo é cíclico, com o médico constantemente revisando e testando suas hipóteses, até o momento em que suas decisões se justificam. Mesmo após este momento, o médico deve continuar preparado para revisar suas hipóteses se a evolução do paciente não ocorrer como esperado. (McWhinney, 1979)

Além de realizar este processo, o médico trabalha com uma variedade de hipóteses, formulando-as sobre a motivação que trouxe o paciente, qual é o seu problema principal, sentimentos que a pessoa tem a respeito do problema, entre outros, sendo que estas hipóteses não precisam ser encadeadas – o médico pode formu-

lar diferentes tipos de hipóteses conforme as evidências vão surgindo. A figura a seguir resume esta variedade de hipóteses possíveis na prática do médico de família e comunidade.

Variedade de hipóteses elaboradas por um médico de família e comunidade



Fonte: Freeman, 2018

Tradicionalmente, ao final da investigação tem-se um diagnóstico. Porém, na MFC nem sempre isso é uma realidade, pois como já vimos, nem todo sintoma ou experiência de doença tem um diagnóstico. Apesar disso, em todos os pacientes temos de tomar decisões. Desta forma, podemos chamar o desfecho de decisão, ou seja, o momento em que o médico tem informações suficientes para tomar uma decisão sem riscos preveníveis ao paciente (McWhinney, 1979).

Durante esta gama de decisões que o médico deve tomar, é comum que dois pacientes com o mesmo diagnóstico sejam manejados de forma diferente. Mas por que isso acontece?

O médico de família e comunidade considera uma complexidade de fatores na sua tomada de decisão quanto ao manejo dos pacientes, entre eles (McWhinney, 1979):

- O diagnóstico do problema principal
- Outros problemas que a pessoa pode ter
- O prognóstico
- A personalidade e situação de vida da pessoa
- Os riscos e benefícios de decisões alternativas
- Os desejos do paciente
- Os desejos da família
- Questões éticas

Esta decisão individualizada e compartilhada ocorre também em situações em que os sintomas não se enquadram em um diagnóstico específico. Ao longo deste módulo, veremos a abordagem de alguns sinais e sintomas comuns e observaremos na prática alguns fatores que modificam a conduta com cada paciente.

1.2 O SINTOMA COMO DIAGNÓSTICO E OS SINTOMAS CLINICAMENTE INEXPLICADOS

Você certamente já esteve em uma sala de espera, uma fila de banco ou mesmo na parada de ônibus, e reparou nas conversas das pessoas falando de problemas de saúde. Mais especificamente, falando de sintomas e se aconselhando com outra pessoa, ou contando a opinião do médico e sua reação com ela. Ter sintomas é comum, e mesmo quem não trabalha com saúde pode perceber isso. Em pesquisas com questionários na população geral, 85 a 95% das pessoas afirmam ter apresentado uma ou mais queixas durante as últimas duas semanas, porém a maioria não consulta um profissional de saúde (Lucassen e van Boven, 2019). É importante lembrar que nem todo sintoma se relaciona a um diagnóstico. Muitas vezes o sintoma é o próprio diagnóstico, e em parte destas situações veremos sintomas que não conseguem ser elucidados ou explicados por nenhum mecanismo fisiológico ou patológico, mesmo após investigação. A seguir vamos compreender melhor os chamados “sintomas clinicamente inexplicados”, e após poderemos refletir sobre a relação entre estes sintomas, o medo (do médico e da pessoa) e o sobrediagnóstico.

1.2.1 OS SINTOMAS CLINICAMENTE INEXPLICADOS

Analise o caso a seguir:

Mulher de 45 anos, com baixa escolaridade, vem se queixando que tem muita ardência e coceira na vagina, que pegou uma doença venérea mas ninguém foi capaz de diagnosticar e tratar seu problema, que ocorre há 3 anos. Já usou medicações para candidíase e vaginose por inúmeras vezes sem resultado. Já realizou testes rápidos na unidade e coletou exames no laboratório para infecções sexualmente transmissíveis, sendo todos negativos. No exame físico, nenhuma alteração é visível. No entanto, ela continuava se queixando do mesmo problema.

Se pensarmos bem, a situação apresentada é comum – e é frequente que o médico (e toda a equipe) que se depara com a mesma queixa inúmeras vezes, considere a pessoa que o procura como difícil ou inconveniente, ou mesmo pensem que a pessoa procura um “ganho secundário” ou que o sintoma é “psicológico”. Mais adiante nesta unidade você poderá acompanhar o desfecho deste caso.

O paciente que chega a consulta está em sofrimento ou preocupado com seu sintoma. Perceber isto é primordial.

Na origem dos sintomas inexplicados existem fatores relacionados ao paciente e ao médico. Por exemplo, um médico que confronta ou que não aborda adequadamente as necessidades do paciente, de forma a tranquilizá-lo, ocasiona um círculo

vicioso no qual o paciente retorna sempre pedindo por mais ajuda médica (Lucassen e van Boven, 2019).

Já os fatores relacionados ao paciente podem ser aqueles que o tornam mais vulnerável a esses sintomas (predisponentes), que desencadeiam os sintomas (precipitantes) e que dificultam a resolução dos sintomas inexplicados (perpetuadores). Veja a seguir alguns exemplos (Lucassen e van Boven, 2019):

- Fatores predisponentes: experiências traumáticas na infância, como abusos (físico ou sexual). A violência nas relações de forma geral leva a níveis elevados de estresse e colaboram para esta predisposição. A tendência para experimentar sentimentos negativos, como irritação, raiva, ansiedade, vergonha, culpa, depressão, nervosismo e tensão, têm mais queixas corporais, mesmo que não tenham mais doenças somáticas.
- Fatores precipitantes: eventos vitais (especialmente aqueles em que a pessoa deve fazer escolhas difíceis); uma doença somática que após sua resolução apresenta período prolongado de fadiga inexplicada; relatos de eventos importantes na mídia (como acidentes ou aumento de poluição do ar) podem provocar ansiedade e induzir a sintomas inexplicados persistentes. Outro aspecto importante são os fatores ansiogênicos nas redes sociais, como notícias falsas ou sensacionalistas.
- Fatores perpetuadores: sensibilização, que envolvem uma tendência para experimentar como doloroso um estímulo que não é doloroso em uma situação normal; o hábito de analisar o corpo em busca de dor ou outros sinais; atribuir os sintomas a uma doença, e não a normalidade ou a uma causa psicossocial; comportamento de evitar a dor (pode resultar em inatividade e a uma experiência mais precoce de dor quando a pessoa tentar ficar novamente ativa).

É importante lembrar que fatores genéticos não são considerados relevantes como causa deste tipo de sintoma.

Para o adequado tratamento das pessoas com sintomas inexplicados, é fundamental que a comunicação do médico seja centrada no paciente, colocando realmente em prática o método clínico centrado na pessoa. Especialmente, é importante que as crenças, preocupações e ansiedades da pessoa sejam exploradas. A seguir estão relacionados, de forma simplificada, os passos de uma abordagem básica a estes sintomas (Lucassen e van Boven, 2019):

- Entender que muitas queixas são entidades por si só, ou seja, entender que o sintoma pode ser o diagnóstico.
- Ter tempo suficiente de atendimento para fazer uma escuta qualificada.
- Realizar uma anamnese direcionada para a queixa do paciente, com uma análise sistemática do que o paciente está pensando e sentindo em relação à queixa. Mostrar interesse na queixa e fazer o paciente perceber que está sendo levado a sério é importante.
- Realizar exame físico completo mesmo que não espere encontrar alterações. É importante que o paciente sinta que está sendo bem cuidado.

- Analisar a necessidade de solicitar exames adicionais. Conversar com o paciente sobre os motivos da solicitação, riscos e benefícios pode ser útil.
- Explicar ao paciente o que está acontecendo, o que ele realmente tem e o que não tem. Por exemplo: “Isso dói muito, mas o exame de panturrilha não mostra qualquer anormalidade”.
- Ter clareza em relação ao prognóstico favorável, usando palavras que refletem uma evolução positiva. Por exemplo: “Sabemos que estes sintomas melhoram com o tempo e não causam outros problemas para a saúde”.
- Saber que uma pequena proporção dos pacientes não se beneficiará suficientemente com esta abordagem básica. Nestes casos podem ser considerados acompanhamento psicológico e medicamentos antidepressivos.

Veja a seguir a continuação do caso mostrado anteriormente:

Ao trazer os últimos exames solicitados, o médico questiona o que ela acha que pode estar causando seus sintomas, já que nada é encontrado do ponto de vista médico. Ela então conta que tem certeza que o ex-companheiro, que descreve como um desgraçado e a maltratava de diversas formas, passou uma doença grave a ela. Antes de deixá-lo, descobriu que ele a traía com muitas mulheres, descritas como mulheres da vida e certamente com doenças venéreas. Com dificuldade ela conseguiu abandonar este relacionamento, porém, nunca conseguiu livrar-se da ideia de que estava muito doente por causa dele.



Podemos perceber que, nesta situação, o médico demonstrou interesse em realizar uma escuta qualificada, com tempo disponível, levando em consideração o que a paciente estava pensando em relação ao seu sintoma. De forma simples, ele demonstrou interesse pela queixa, validando o sofrimento desta pessoa e abrindo portas para uma abordagem mais ampla e mais efetiva.

A incerteza existe no vão entre o território do sofrimento humano e o mapa da ciência biomédica. O território sempre será muito vasto para nosso mapa. Por mais que o mapa se torne muito bom, sempre haverá limites para o alcance da medicina (Heath, 2014), sendo necessária uma compreensão mais ampla da pessoa e de sua biografia para abordar os sintomas aparentemente inexplicáveis.

1.2.2 O MEDO E O SOBREDIAGNÓSTICO

É comum que as expectativas da pessoa e do médico sejam diferentes nos casos de sintomas gerais e inespecíficos e, principalmente, diante de sintomas clinicamente inexplicados, pois os médicos acabam solicitando exames e intervenções

sem embasamento em evidências, por vezes indo além até do que a pessoa solicita. Esta prática expõe a pessoa a intervenções desnecessárias, contrariando os princípios da prevenção quaternária.



É necessário aceitar a incerteza na prática do médico de família e comunidade. Isso significa lidar também com o medo que a incerteza gera.

A mídia e a propaganda da doença levam as pessoas a sentirem-se mais doentes de forma geral. A saúde é um negócio que gera lucro, e algumas das armas da indústria da saúde são a ampliação das definições de doença, a transformação de fatores de risco em doenças e, a mais potente, o medo (Heath, 2014). Esta sensação de estar doente pode ser bastante inespecífica, mas acaba deixando a pessoa mais exposta a intervenções desnecessárias. O profissional de saúde precisa coragem para realinhar a fronteira entre a doença e a saúde, para que as pessoas possam ser tratadas somente quando o cuidado médico trará mais benefícios do que danos (Heath, 2014).

Os medos existenciais dos pacientes são compostos por medos específicos relacionados aos seus sintomas, e estes podem ser exacerbados por detalhes da sua história familiar – como o medo de ter um infarto, pois um familiar acabou de falecer por este motivo. Os pacientes também têm medo que seus médicos não entendam o que eles estão tentando descrever e que algum diagnóstico importante possa ser perdido ou feito tarde demais (Heath, 2014).

Os medos dos médicos espelham aqueles dos seus pacientes, ou seja, comumente nós trabalhamos com medo de perder um diagnóstico importante e precipitar uma tragédia evitável para algum de seus pacientes. O médico acabou por aprender a ter medo da incerteza, pedindo cada vez mais exames para ter certeza do que está vendo. Encarar esta incerteza e criar relações de confiança são as nossas armas para conter este medo. A incerteza e a dúvida que o médico sente todos os dias é também o que motiva e torna possível a aquisição de novos conhecimentos (Heath, 2014).

Encerramento da unidade

Caro profissional estudante,

Você chegou ao final da primeira unidade do módulo “Abordagem a sinais e sintomas gerais e inespecíficos”. Você teve a oportunidade de reconhecer as fases do processo de tomada de decisão no cotidiano clínico da MFC, considerando o sintoma como diagnóstico e a abordagem a sintomas clinicamente inexplicados. É importante compreender que o medo e a incerteza são inerentes ao processo de tomada de decisão na APS, e não precisam ser evitados, mas encarados através do fortalecimento da relação médico-pessoa. Seguiremos aprofundando a abordagem aos quadros gerais inespecíficos, e é importante que você tenha em mente os princípios que foram estudados até aqui.

Manejo de sinais e sintomas gerais e inespecíficos na APS

INTRODUÇÃO

Caro profissional estudante,

Como já vimos, faz parte do cotidiano do médico de família e comunidade e da APS o atendimento a pacientes com sintomas gerais e inespecíficos, em quadros ainda indiferenciados ou que não vão se encaixar em diagnósticos definidos. Nesta unidade, será possível compreender o manejo inicial de alguns problemas comuns tais como, febre, linfonodomegalia, dor, fraqueza, tontura e síncope, considerando sempre os sinais de alerta que separam as situações provavelmente benignas daquelas consideradas graves ou de pior prognóstico.

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- Definir abordagens para sintomas gerais e inespecíficos através de condutas baseadas em evidências.
- Manejar situações que se apresentam com sinais e sintomas gerais e inespecíficos na APS, aplicando os princípios da prevenção quaternária e a Medicina baseada em evidências.
- Identificar os cuidados e preparos em exames utilizados na investigação de sinais e sintomas gerais e inespecíficos.

Bons estudos!

2.1 ABORDAGEM DA FEBRE

A febre é um sinal extremamente frequente e são inúmeras suas possíveis causas. Entre as hipóteses diagnósticas devemos considerar os dados epidemiológicos e pensar nas infecções frequentes no local de atendimento (como dengue ou tuberculose) ou, como tivemos a experiência recentemente, em uma infecção específica no contexto de uma pandemia (como a de COVID-19 ou a de influenza A). Em outros casos deveremos pensar em condições mais raras e potencialmente graves, por isso, vamos estudar como fazer esta diferenciação e usar a demora permitida para ajudar na elucidação dos quadros de febre na APS.

Há mais de uma definição de ponto de corte para que se considere que há febre. A febre ocorre por um aumento do ponto de regulação hipotalâmico da temperatura e é uma resposta a diversas situações associadas a lesão tecidual. A temperatura normal varia em torno de 37 graus (oral de 36 a 37,9, retal de 36,3 a 38,2, e axilar de 35,7 a 37,6) (DUNCAN, 2013). De forma geral considera-se febre a temperatura axilar acima de 37,8.



Sabemos que quando a febre ocorre acompanhada apenas por manifestações inespecíficas, como mal estar, anorexia, mialgia, cefaleia e calafrios, há maior dificuldade diagnóstica. Então, é importante lembrar que, se o paciente apresenta febre aguda, sem sinais de localização, a causa mais comum é infecção auto-limitada, com curta duração e etiologia provavelmente viral. Se o paciente não for grave, a observação clínica com reavaliação periódica pode ser suficiente para o surgimento de achados diagnósticos, que podem levar um ou mais dias para aparecerem (DUNCAN, 2013).

Não há algoritmos pré definidos baseados em evidências para guiar o raciocínio diagnóstico na avaliação inicial da febre, ou mesmo nos casos de febre persistente de origem indeterminada em adultos (HERSCH e OH, 2014). Entretanto, vamos estudar algumas recomendações essenciais para a avaliação da pessoa com febre:

Questione sobre o início e o padrão da febre – pergunte se ela é contínua, intermitente, que horário do dia ela ocorre, ou se ocorre a cada 24-48-72h. Quando dura de 3 a 4 dias, em geral se deve a infecção viral do trato respiratório superior. Quando dura de 4 a 14 dias, outras infecções devem ser consideradas, conforme quadro abaixo (DUNCAN, 2013).

Sinais e sintomas importantes na avaliação de um paciente com febre

Local	Sintomas	Sinais
Causas mais prováveis		
Ouvido, nariz e garganta	Dor no ouvido, seios da face e garganta	Tímpano avermelhado, dor à compressão dos seios da face e hiperemia da faringe
Trato respiratório inferior	Falta de ar, tosse, expectoração purulenta e dor torácica	Atrito pleural, ausculta pulmonar anormal
Trato gastrointestinal	Dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia	Dor abdominal à palpação, hepatomegalia, icterícia
Sistema geniturinário	Hematúria, disúria, polaciúria e dor no flanco	Dor à percussão do ângulo costovertebral
Pele		Lesões cutâneas, marcas de punção venosa
Causas graves		
Coração	Dor torácica	Atrito pericárdico, sopro novo ou variável
Sistema osteomuscular	Mialgias, artralgias	Artrite, dor óssea localizada
Sistema nervoso	Cefaleia, dor no pescoço, convulsões	Meningismo, alterações do sensorio
Causas frequentemente esquecidas		
Tecido linfático		Esplenomegalia e linfadenomegalias dolorosas
Uso de fármacos	Prurido	Rash cutâneo

Fonte: Duncan (2013)

Questione sobre medicações em uso – o uso prévio de antitérmicos mascara a febre no momento do atendimento, e algumas medicações podem causar febre persistente, como antibióticos (betalactâmicos, sulfonamidas, rifampicina, nitrofurantoína, entre outros), anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína e fenobarbital), anti-inflamatórios não esteroides (AINES), drogas cardiovasculares (hidralazina, captopril, hidroclorotiazida, metildopa, nifedipino, entre outras), bloqueadores H₂ (cimetidina, ranitidina), e outros como heparina, alopurinol e meperidina (HERSCH e OH, 2014). É fundamental também saber se a pessoa faz uso de imunodepressores.

Questione sobre a história pregressa – pergunte sobre doenças anteriores como neoplasias e infecções. Podemos citar tuberculose e endocardite, hospitalizações recentes, história vacinal, história de transfusões, fatores de risco para infecção por HIV.

Questione história familiar – atente para doenças autoimunes e neoplasias, por exemplo.

Questione sobre a história social – pergunte se houve contato com pessoas doentes, viagens recentes, exposição a animais ou a insetos (como mosquitos), consumo de água potencialmente contaminada ou alimentos não usuais, comportamento sexual (exposição a infecções sexualmente transmissíveis), condições do ambiente de trabalho e de moradia, e história de encarceramento. Doenças como malária e dengue devem ser consideradas em caso de viagem ou moradia em determinados locais onde elas são endêmicas. Leptospirose deve ser pensada quando há alagamentos ou contaminação da água por fezes e urina de ratos (DUNCAN, 2013).

O próximo passo é o exame físico, que inclui certificar-se de que o paciente tem febre. Devemos confiar na percepção da pessoa, porém devido à febre ser um conceito clínico, é importante certificar-se de que ela realmente existe. Em alguns casos isso não será possível – quando ela ocorre fora dos locais de atendimento e não foi aferida pela pessoa. O exame clínico deve ser sistematizado, minucioso e repetido, quando necessário (Lambertucci et al, 2005), e deve ser guiado pela sintomatologia.

Ao exame, lembrar-se de:

- Mensurar a temperatura.
- Observar letargia e sinais de doença crônica.
- Buscar linfomegalias locais ou generalizadas.
- Procurar sinais específicos no caso de sintomas sugestivos – palpar artérias temporais na suspeita de arterite temporal, palpar seios da face na suspeita de sinusite, observar olhos e sinais de conjuntivite e outras alterações, oroscopia em busca de hiperemia, sinais de amigdalite, candidíase recorrente (sugerindo imunodeficiência), estomatite ou outras lesões, alterações em dentes e gengiva. Examinar cavidade nasal em busca de secreção purulenta.
- Realizar exame cardiopulmonar - observando especialmente alterações na ausculta pulmonar e exame abdominal, certificando-se da existência ou não de hepatosplenomegalia, importante nos casos persistentes sem foco.
- Examinar articulações e tecidos moles adjacentes, em busca de dor referida à palpação ou sinais de artrite.
- Examinar a pele - em busca de lesões ou rash.
- Examinar a genitália - se necessário.

O surgimento de febre acompanhada de sinais de alerta indica a possibilidade de infecção grave, necessitando pronta avaliação (DUNCAN, 2013), geralmente em nível de urgência. Veja no quadro os sinais de alerta de doença grave em pacientes com febre:

Sinais de alerta de doença grave em pacientes com febre

Febre alta (>39°C)
Calafrios
Sudorese noturna
Mialgia severa (leptospirose, sepse, infecção pelo vírus H1N1)
Dor localizada severa (sepse)
Dor de garganta e disfagia severas
Alteração de estado mental
Vômitos incoercíveis
Rash inexplicado (meningococcemia)
Icterícia
Palidez marcada
Taquicardia
Taquipneia

Fonte: Duncan, 2013

2.1.1 EXAMES COMPLEMENTARES

A investigação adicional deve ser realizada conforme a clínica do paciente, em alguns casos. Pacientes com maior risco de infecção, história de procedimentos cirúrgicos ou exames invasivos, ou naqueles com febre há mais de duas semanas, deve-se proceder a avaliação laboratorial geral, que inclui hemograma, exame comum de urina, bioquímica geral, culturais e radiografia de tórax, ou outros, conforme suspeita diagnóstica (DUNCAN, 2013).

2.1.2 MANEJO

Quanto ao tratamento, deve-se avaliar a necessidade do uso de antipiréticos, visto que podem ter efeitos adversos e pelo fato de, ao reduzirem a temperatura, tornarem a observação menos informativa sobre o curso da doença – estes aspectos devem ser considerados. Em alguns pacientes o tratamento da febre está realmente indicado (DUNCAN, 2013), conforme aspectos a seguir:

- Pacientes com grande desconforto associado à febre;
- Pacientes com reserva funcional miocárdica baixa, que podem desenvolver ou agravar insuficiência cardíaca pela febre;
- Pacientes desidratados ou com maior risco de desidratação;
- Pacientes idosos ou alcoolistas, que podem apresentar confusão e delírio pela febre;
- Pacientes com temperatura acima de 41°C.

Alguns dos medicamentos mais usados são o paracetamol 500mg (dose máxima até 4g/dia), a dipirona 500mg (dose máxima até 4g/dia) e o ácido acetilsalicílico (AAS 500mg, dose máxima até 3,5g/dia). É importante salientar que pacientes com lesão

hepática prévia podem desenvolver intoxicação com doses menores de paracetamol, e que é necessário ter cautela na utilização de AAS como antitérmico em síndromes febris de etiologia desconhecida, uma vez que a dengue é uma doença endêmica no país, e o uso de AAS é contraindicado nos casos de suspeita de dengue. Deve-se também considerar outros possíveis paraefeitos graves, como a ocorrência de agranulocitose associada com dipirona (DUNCAN, 2013). Outras opções são os AINE, como ibuprofeno, porém é necessária cautela com o uso destes em idosos pelo risco de efeitos adversos (DUNCAN, 2013).

2.1.3 FEBRE PROLONGADA DE ORIGEM INDETERMINADA

A abordagem do paciente com febre, em geral, é simples, focada nos demais sintomas coexistentes, exceto nos casos de febre prolongada de origem indeterminada, situação que gera as maiores dúvidas. A febre de origem indeterminada no contexto ambulatorial ocorre quando há febre maior de 38,3°C, com duração de mais de 3 semanas e sem diagnóstico após 3 visitas ao médico ou 3 dias de hospitalização, ou quando uma investigação diagnóstica inicial apropriada não revela a etiologia da febre (HERSCH e OH, 2014). Nestes casos, a critério do médico, recomenda-se:

- Rever a história clínica e o exame físico;
- Solicitar exames laboratoriais – EQU, urocultura, testes específicos dependendo de fatores de risco (culturais, teste tuberculínico, testes sorológicos, eletroforese de proteínas pensando em mieloma múltiplo, ou outros);
- Solicitar exames de imagem como radiografia de tórax, ecografia abdominal e pélvica.

No quadro a seguir você pode ver algumas pistas que levam a diferentes suspeitas diagnósticas no caso de febre prolongada de origem indeterminada.

Pistas diagnósticas potenciais para pacientes com febre de origem indeterminada:

Pistas	Possíveis diagnósticos
Anamnese	
• Exposições	
Exposição a água	Leptospirose
Condições de moradia	Tuberculose
Exposição ocupacional a pessoas doentes	Citomegalovirus, epstein barr virus, tuberculose
Animais de estimação e selvagens	Brucelose
Viagem recente	Doenças específicas endêmicas da região

<ul style="list-style-type: none"> • História familiar 	
Condições febris hereditárias	Febre familiar do mediterrâneo
<ul style="list-style-type: none"> • História médica pregressa 	
Desordens abdominais	Hepatite alcoólica, cirrose hepática, doença de Crohn
História de transfusões	Hepatite B ou C, HIV
Malignidade	Doença metastática
Doença psiquiátrica	Febre artificial/manipulação
Hospitalização recente	Infecção nosocomial
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos de risco 	
Uso de drogas intravenosas	Abscesso, endocardite, osteomielite
Exposição a infecções sexualmente transmissíveis	HIV
<ul style="list-style-type: none"> • História cirúrgica 	
Presença de próteses	Osteomielite
Exame físico	
Exantemas característicos (como eritema multiforme, petéquias)	Adenovírus, herpes simples, HIV, meningite meningocócica
Conjuntivite ou uveíte	Doença de Still, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico
Hepato ou esplenomegalia, massa abdominal palpável	Doença hepática alcoólica, carcinoma, citomegalovírus, Epstein Barr vírus, leucemia, linfoma
Inchaço nas articulações ou dor ao movimento	Doença inflamatória intestinal, doença de Lyme, lúpus eritematosos sistêmico
Linfadenopatia	Doença da arranhadura do gato, citomegalovírus, Epstein Barr vírus, HIV

2.2 ABORDAGEM DA LINFONODOMEGALIA

O aumento de um ou mais linfonodos, via de regra maior do que 1 cm, é um achado relativamente comum na APS. Esta é uma daquelas situações em que é fundamental o médico diferenciar quadros graves, que são mais raros, dos quadros inofensivos e geralmente autolimitados, que são mais comuns. Este deve ser o foco da nossa avaliação.

Inicialmente, observe o quadro a seguir com as possíveis causas de linfonodomegalia localizada e generalizada.

Causas da linfonodomegalia localizada e generalizada

Local	Causas
Auricular anterior, retroauricular ou suboccipital	Infecções de couro cabeludo, conjuntivite, otite externa e infecções virais sistêmicas
Submandibular ou cervical	Infecções bucais e dentárias, faringite, tumores de nasofaringe, tumores de tireoide, doença de Graves, infecções virais sistêmicas, dengue, tuberculose, paracoccidioidomicose e toxoplasmose
Supraclavicular esquerda ou direita	Altamente sugestivo de malignidade. Tumor gastrointestinal, pulmonar, mediastinal, retroperitoneal, linfoma, infecções bacterianas ou fúngicas de caixa torácica ou retroperitônio
Axilar	Neoplasia ou infecção mamária, infecção do membro superior, doença da arranhadura do gato
EpitrocLEAR (região interna do cotovelo)	Infecção da mão
Inguinal	Infecção de membro inferior, micose interdigital, infecções sexualmente transmissíveis (sífilis primária, herpes genital, linfogranuloma venéreo, cancro mole), metástase de neoplasia (pélvica ou anal)
Adenopatia hilar	Sarcoidose, infecções fúngicas, linfoma, carcinoma broncogênico e tuberculose
Mediastinal	Sarcoidose, infecções fúngicas, linfoma, carcinoma de pulmão e de mama, tumores de células germinativas e tuberculose
Abdominal e retroperitoneal	Tumores pélvicos e gastrintestinais, tuberculose, linfoma, tumores renais e infecções fúngicas
Qualquer região	Doença da arranhadura do gato, linfoma, leucemia, câncer metastático, tuberculose, infecções fúngicas, tularemia e peste bubônica

Fonte: Cavalcanti, 2019

Causas de linfonodomegalia generalizada

Infecções virais	Mononucleose, HIV, citomegalovírus, rubéola, sarampo, hepatites virais agudas
Infecções bacterianas	Brucelose e febre tifoide
Infecções por micobactérias	Tuberculose miliar
Infecções por fungos	Histoplasmose, coccidioidomicose e paracoccidioidomicose
Infecções por protozoários	Toxoplasmose
Infecções por espiroquetas	Sífilis secundária, leptospirose
Neoplasias	Linfoma, leucemia, mieloma, macroglobulinemia de Waldenström, metástases de tumores sólidos
Imunológicas e reumatológicas	Reação a fármacos, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, síndrome de Sjögren, doença de Still
Diversos	Sarcoidose, amiloidose, doença de Kawasaki

Fonte: Cavalcanti, 2019

Na ausência de fatores que sugiram neoplasia, pessoas com linfonodomegalia localizada (exceto a supraclavicular) podem ser observadas por 3 a 4 semanas. Ao final deste período de observação, é muito provável que a linfonodomegalia tenha se resolvido, ou então que sua causa tenha se tornado evidente, sem que se percam, normalmente, oportunidades terapêuticas. Linfonodomegalia generalizada ou presença de sinais e sintomas sistêmicos demandam investigação imediata (DUNCAN, 2013). A seguir podemos ver alguns sinais de alerta que aumentam a probabilidade de processo neoplásico (Cavalcanti, 2019):

Sinais de alerta que aumentam a probabilidade de processo neoplásico

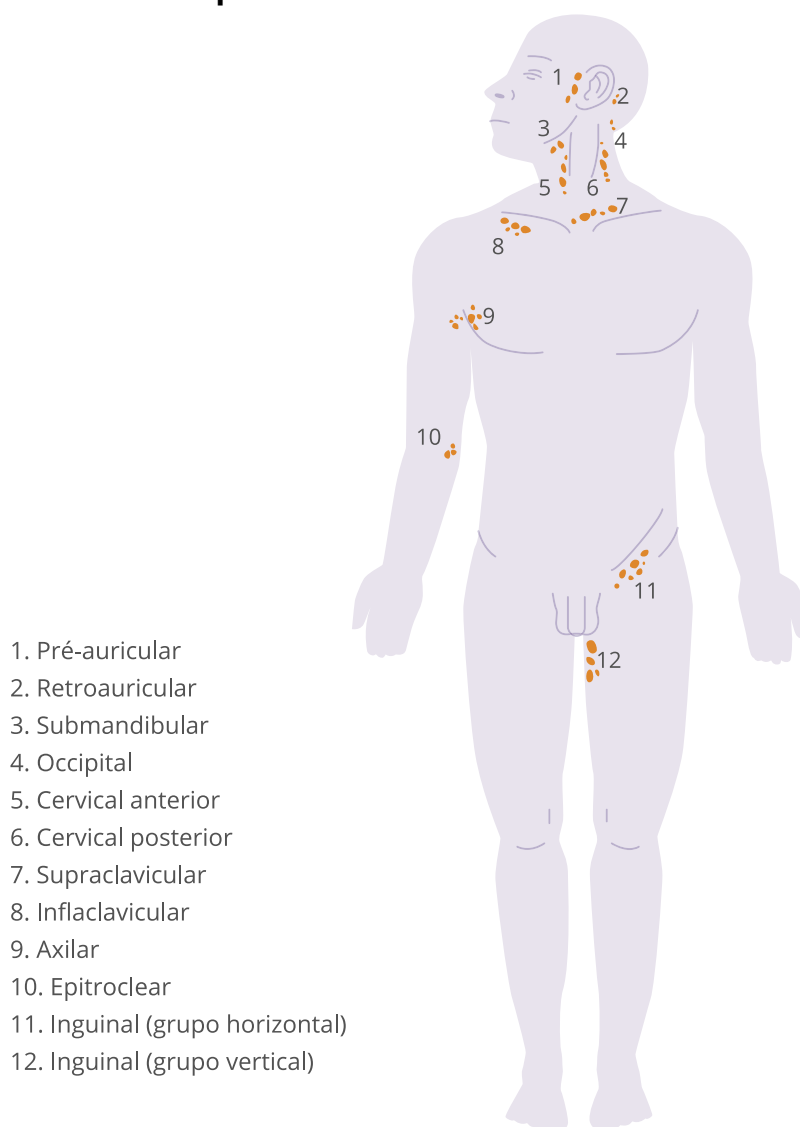
- Sintomas crônicos
- Pessoas > 40 anos
- Linfonodos > 1cm (principalmente se >2,25cm); linfonodos endurecidos e aderidos a planos profundos
- Linfonodomegalia cervical associada a fatores de risco para neoplasia de cabeça e pescoço (tabagismo, etilismo e idade avançada)
- Linfonodomegalia supraclavicular

Fonte: Cavalcanti, 2019

Na avaliação da pessoa com linfonodomegalia, alguns pontos importantes devem ser levados em consideração:

Diferenciar quadro localizado de quadro generalizado – o primeiro passo é fazer esta diferenciação, através de um exame físico completo. Um erro comum é examinar somente a região referida pelo paciente e não procurar por outros linfonodos aumentados. Considera-se linfonodomegalia generalizada quando esta acomete duas ou mais cadeias linfonodais não contíguas simultaneamente (Cavalcanti, 2019). Este é um sinal sugestivo de doença sistêmica e sinal de alerta para proceder uma investigação mais detalhada. Linfonodomegalia generalizada associada a sangramentos espontâneos, hematomas, anemia e infecções sugere leucemia, porém pode ocorrer em quadro localizado. Veja na figura a seguir as cadeias de linfonodos superficiais que podem ser pesquisadas ao exame físico.

Cadeias de linfonodos periféricos



Fonte: DUNCAN, 2013

Tempo de evolução – doenças neoplásicas e inflamação granulomatosa (tuberculose, micose, sarcoidose) são mais prováveis em quadros de maior tempo de evolução, enquanto doenças virais ou bacterianas mostram-se com sintomas de menor duração, podendo ser necessária a observação por algumas semanas.

Idade – idosos têm maior propensão à doença neoplásica e temos de ter isto em mente durante a avaliação.

Sintomas constitucionais – a presença de outros sintomas inespecíficos como febre, perda de peso, fadiga ou sudorese noturna pode indicar doenças como tuberculose, linfoma, doenças auto-imunes e neoplasia. A presença dos chamados “sintomas B” (perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre) e hepatosplenomegalia sugere linfoma.

Fatores comportamentais – um quadro de linfonodomegalia generalizada aguda com febre em situação de exposição sexual desprotegida, história de transfusões ou uso de drogas injetáveis pode levantar a hipótese de infecções sexualmente transmissíveis, como HIV agudo, hepatite B e sífilis. Ingestão de carnes cruas ou alimentos mal lavados, ou contato com gatos, pode levantar a hipótese de toxoplasmose.

História pessoal e familiar – é importante questionar a respeito da história pessoal e familiar de neoplasia como fator de risco, especialmente nas situações em que o linfonodo tem características que sugerem malignidade.

Sintomas locais – história de trauma e perda da solução de continuidade da pele nos locais que drenam para os linfonodos aumentados dão pistas da sua causa. Por exemplo, arranhões de gato ou cachorro nos membros superiores e inferiores podem ocasionar aumento dos linfonodos axilares e inguinais, respectivamente. Presença de dor de garganta em quadro de aumento agudo de linfonodos cervicais e submandibulares nos leva a pensar em adenomegalia reativa.

História epidemiológica local – por exemplo, áreas endêmicas para doenças como leishmaniose visceral (UFRGS, 2018).

Sinais que sugiram infecção ou tumor localizado – sinais de infecção de vias aéreas superiores em geral, infecções bucais e de couro cabeludo identificam a causa de uma linfonodomegalia cervical, se esta tiver características benignas ao exame. Devemos identificar também fatores de risco para neoplasia de cabeça e pescoço, como idade avançada, etilismo e tabagismo. Linfonodomegalia supraclavicular esquerda frequentemente sinaliza neoplasia de trato gastrointestinal (Cavalcanti, 2019). Já a linfonodomegalia axilar com nódulo mamário no mesmo lado sugere neoplasia de mama.

Medicamentos em uso – alguns medicamentos podem causar linfonodomegalia, como fenobarbital, alopurinol, carbamazepina, primidona, atenolol, penicilinas, cefalosporinas, quinidina, captopril, hidralazina, pirimetamina e sulfonamidas. Alguns destes fármacos são bastante utilizados na APS, mas é importante avaliar a pessoa como um todo para não responsabilizar a medicação e deixar passar outras causas.

Características do linfonodo – é importante verificar o tamanho, pois quanto maior seu tamanho, maior a chance de ser neoplásico - se maior de 1cm e especialmente se maior de 2,25cm. Endurecimento e aderência a planos profundos também são sugestivos de processo neoplásico. Linfonodos fibroelásticos e dolorosos são mais comuns em processos infecciosos e inflamatórios.

2.2.1 EXAMES COMPLEMENTARES

Assim como em várias outras condições apresentadas ao médico de família e comunidade, algumas pessoas com linfonodomegalia poderão não ter um diagnóstico de certeza após a avaliação inicial com anamnese e exame físico (Cavalcanti, 2019). Considerando a demora permitida em alguns casos, um retorno em 3 dias a 1 semana pode ajudar a delimitar melhor o processo sem prejuízo à conduta, possibilitando uma investigação mais dirigida e evitando exames desnecessários.

Entre os exames, o hemograma pode fornecer várias pistas: linfocitose sem atipia pode indicar infecções virais, leucocitose com neutrofilia pode sugerir infecção bacteriana, aumento no número de blastos ou nos linfócitos sugere leucemia, eosinofilia pode sugerir reação a fármacos e linfócitos atípicos, dependendo do quadro clínico, pode sugerir mononucleose. Outros exames são dirigidos para a suspeita diagnóstica, como as sorologias.

Exame de imagem podem ser solicitados na suspeita de linfonodomegalias abdominais ou mediastinais (na avaliação de quadro generalizado), ou na avaliação de hepatoesplenomegalia. O exame mais comum nestes casos é a ecografia, que também pode ser solicitada para investigar as características do linfonodo em questão. A radiografia de tórax pode ser útil para investigar linfonodomegalia hilar.

Veja a seguir um resumo da investigação inicial (UFRGS, 2016):

Quando o linfonodo tiver características de malignidade deve-se investigar conforme cadeia acometida;

O linfonodo sem características de malignidade deve ter investigação básica se não houver suspeita clínica após anamnese e exame físico, tais como:

- Hemograma e plaquetas,
- Raio-x de tórax,
- Sorologias: anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL, monoteste, prova tuberculínica. Se linfonodomegalia cervical realizar também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM.

A biópsia deve ser realizada na linfonodomegalia localizada ou generalizada inexplicadas, exceto na linfonodomegalia cervical localizada com suspeita de tumor de cabeça e pescoço, em que o primeiro exame é a punção-biópsia por agulha fina, seguido de biópsia excisional se a punção não for diagnóstica. Em geral o maior dos linfonodos deve ser retirado inteiro para biópsia excisional.

Segundo o documento “Protocolos de Encaminhamento para Hematologia Adulto”

(UFRGS, 2016) as indicações para biópsia de linfonodo são:

- Linfonodomegalia supraclavicular;
- Linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderidos a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- Linfonodomegalia (≥ 2 cm) persistente (após 4 semanas) sem causa definida.

Pacientes com suspeita de linfoma (linfonodomegalias/esplenomegalia com alterações hematológicas sem indicação de emergência, linfonodomegalia em pessoas com sintomas B, linfonodomegalia e esplenomegalia sem associação com quadro infeccioso) devem ser encaminhados para serviços especializados de hematologia ou onco-hematologia para avaliação breve.

Devem ser encaminhados para emergência, preferencialmente com hematologista, os pacientes com suspeita de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câimbras, arritmia – geralmente em pessoas com massas grandes) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner). Pacientes com citopenias associadas à linfonodomegalia e esplenomegalia, não explicadas por quadro infeccioso agudo, também têm indicação de encaminhamento para emergência.

2.3 ABORDAGEM DA FRAQUEZA

A queixa vaga de cansaço, fraqueza ou fadiga é bastante desafiadora pois a pessoa pode descrever seu sintoma de diversas maneiras, sem compreender as diferenças entre os termos que ela mesma usa.

Cansaço ou fadiga descreve uma sensação subjetiva de exaustão ou perda de energia, enquanto fraqueza significa diminuição da força muscular. É importante que, após a explicação inicial da pessoa, o médico tente compreender o que exatamente a pessoa quer dizer através de perguntas dirigidas, diferenciando pela anamnese e exame físico se há fraqueza muscular ou outros sintomas associados, como sonolência e dispneia – a presença de outros sintomas pode indicar doenças subjacentes que devem ser investigadas.

Sempre dê atenção a esta queixa, pois a pessoa não pode ser levada a crer que seu sofrimento foi subestimado, mesmo que a hipótese do médico seja uma doença funcional ou mesmo somatização. Em geral, se você associa esta queixa com questões psicológicas, você não está errado - realmente a fadiga está associada a fatores psicológicos em 70 a 75% dos casos, e a condições físicas em apenas 10 a 20% (DUNCAN, 2013).

A seguir veja alguns pontos importantes a serem levantados durante a consulta para a abordagem do cansaço ou fadiga:

Investigue fatores associados: a investigação deve ser dirigida para os fatores associados mais comuns, graves e frequentemente esquecidos. Você pode ver quais são os fatores mais comuns associados à fraqueza no quadro abaixo, que indica

também as situações mais graves que devem ser consideradas na avaliação.

Fatores associados mais comuns		
	Fadiga	Fadiga crônica
Psíquicos	70%	60 a 74%
Estresse emocional/situacional	61 a 75%	17,3%
Somatização	48%	10 a 15%
Depressão	4,9 a 24%	29,9 a 58%
Ansiedade	4,4 a 10%	9%
Transtorno do pânico		14%
Sociais		44%
Psicossociais	40%	73,2%
Físicos		22,5%
Condições médicas gerais	8,2 a 9%	1,6 a 10,6%
Musculoesqueléticos	19,4%	
Digestivos	8,1%	
Neurológicos	6,7%	
Virais	6,4%	
Anemia	1,6 a 3,8%	2,4%
Fibromialgia	2%	1,3 a 2,4%
Distúrbios do sono		
Outros		
Síndrome da fadiga crônica		2,4 a 31%
Fadiga não específica		35,7%
Fatores associados graves que devem ser considerados		
Neoplasias	Doença hepática	Bacteriemia oculta
Cardiopatia isquêmica	Doença renal	HIV
Insuficiência cardíaca	Asma e DPOC	Tuberculose
Diabetes melito	Hipo/hipertireoidismo	
Fatores associados frequentemente esquecidos		
Doença do tecido conjuntivo: Musculoesqueléticos Lúpus eritematoso sistêmico	Gestação Climatério Álcool	Síndrome de Cushing Doença de Addison Dor crônica
Doença autoimune	Medicamentos	

Fonte: adaptado de DUNCAN, 2013

Questione sobre medicamentos em uso: há medicamentos que podem estar associados a cansaço ou fadiga, sendo os principais: betabloqueadores, agonistas alfa2 de ação central, anticolinérgicos, anti-histamínicos, antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e opióides (DUNCAN, 2013).

Avalie se houve episódio de doença viral recente: muitas infecções virais cursam com um período de convalescença com cansaço residual que pode ser duradouro. As hepatites virais agudas, por exemplo, podem apresentar fraqueza e cansaço por vários meses após a sua resolução (BRASIL, 2007).

Questione sobre sinais e sintomas de alerta: faça uma anamnese dirigida para os principais sinais de alerta que levam a investigação complementar para estes pacientes. No quadro a seguir você pode ver estes sinais e sintomas e a investigação que deve ser desencadeada na presença dos mesmos.

Sinais e sintomas de alerta em pacientes com cansaço ou fadiga

	Investigar
Perda de motivação ou prazer	Depressão
Agitação, nervosismo	Ansiedade, hipertireoidismo
Febre	Doenças infecciosas
Perda de peso involuntária	Neoplasias, doenças endocrinológicas
Dor precordial ou dispneia	Doença cardiovascular, doença pulmonar
Poliúria e polidipsia	Diabetes mellitus
Pele seca e intolerância ao frio	Hipotireoidismo
Fraqueza	Alterações neurológicas
Ronco noturno e sonolência diurna	Apnéia do sono
Artralgias, mialgias ou <i>rash</i> cutâneo	Doença reumatológica

Fonte: adaptado de DUNCAN, 2013

Realize o exame físico considerando os possíveis fatores associados: o exame físico deve ser voltado para os fatores associados à fadiga e para os sinais e sintomas de alerta, devendo incluir avaliação do estado geral, dos aparelhos cardio respiratório e neurológico, da tireóide e dos linfonodos.

2.3.1 EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares contribuem para o diagnóstico de fadiga em uma minoria dos casos (DUNCAN, 2013) e não existem evidências concretas de quais exames são mais úteis. Entretanto, sugere-se investigação complementar em indivíduos com fadiga de etiologia não identificada após anamnese e exame físico, devido à possibilidade de uma causa tratável. Exames que podem contribuir na in-

vestigação destas pessoas são: hemograma, velocidade de sedimentação globular (VSG), ferritina sérica, glicemia de jejum, eletrólitos, ureia, creatinina, alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST), hormônio estimulante da tireóide (TSH) e anti-HIV (DUNCAN, 2013). Considere também solicitar sorologias para hepatites virais nestes casos.



Lembre de observar e usar o acompanhamento longitudinal na APS a seu favor – a espera permitida e o acompanhamento da pessoa em retornos periódicos pode ser uma opção em diversas situações de cansaço e fadiga.

2.3.2 FADIGA CRÔNICA

Há situações em que a fadiga perdura por seis meses ou mais – nestes casos é chamada de fadiga crônica, acometendo de 11,2 a 18,3% dos adultos (DUNCAN). Pode ser secundária a outras condições médicas, à síndrome da fadiga crônica ou ser idiopática, sendo que sua abordagem segue os mesmos princípios da abordagem da fadiga em geral. Porém, é importante considerar uma avaliação especializada através de encaminhamento para a atenção secundária ou terciária nas situações abaixo (DUNCAN, 2013):

- Crianças;
- Pacientes com suspeita de doença oculta apesar de avaliação inicial inconclusiva;
- Pacientes com doença psiquiátrica grave;
- Pacientes que necessitem tratamento especializado por transtorno do sono;
- Pacientes que não melhorem com o manejo na APS.

2.4 ABORDAGEM DA DOR AGUDA E CRÔNICA

A queixa de dor é uma das mais frequentes na APS. Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. A dor é uma experiência pessoal e subjetiva, influenciada pela cultura, pelo significado da situação e por outras variáveis psicológicas (Júnior et al, 2019), e cada indivíduo aprende e utiliza esse termo a partir de suas experiências anteriores (MERSKEY e BOGDUCK, 1994).

A dor aguda é a causa mais comum de afastamento do trabalho e está associada com limitação da atividade, estado de saúde e estresse psicológico do indivíduo (Júnior et al, 2019). Mais do que a dor em si, o médico deve considerar o sofrimento da pessoa que procura atendimento, que frequentemente leva ao desenvolvimento de distúrbios do humor e de ansiedade relacionados com a disfunção de

neurotransmissores, com interferência também no sistema imune.

A dor pode ser classificada, conforme suas características, em nociceptiva, neuropática, psicogênica e mista. Não necessariamente temos de classificar com exatidão a dor do paciente, mas para compreender melhor a abordagem desta situação é importante entender suas causas. Vamos então diferenciar os tipos de dor, conforme Júnior et al (2019):

A dor nociceptiva é diretamente associada a um estímulo agudo, como lesão tecidual, doença (como o câncer), e inflamação, podendo ser somática (derivada de lesão de pele, ossos, músculos ou tecidos conectivos) ou visceral (originada de órgãos).

A dor neuropática ocorre em consequência direta de lesão ou doença afetando o sistema somatossensitivo periférico ou central, como um trauma, inflamação, doenças metabólicas como diabetes, infecções como herpes-zóster, ou ainda originar-se de uma doença neurológica primária. A pessoa refere dor em queimação, tipo choque, com sensação de formigamento ou parestesias, às vezes, em pontada de forte intensidade, contínua ou paroxística, persistente, o que leva ao sofrimento acentuado. Existe uma escala que auxilia no diagnóstico da dor neuropática, que é a escala de dor LANNS, adaptada ao português do Brasil por Schestatsky et al (2011).

SAIBA MAIS



Você pode acessar esta escala neste link: “ESCALA DE DOR LANNS (Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011)”.

[Clique para ler.](#)

A dor psicogênica surge com predomínios dos fatores emocionais, muitas vezes, relacionada com conflitos psicológicos, exacerbada por excesso de ansiedade, estresse e transtornos depressivos.

Dor mista é a dor que envolve mais de um componente, sendo o tipo mais frequente encontrado na prática médica diária.

Quanto ao modo de evolução e o tempo de duração, a dor pode ser (Júnior et al, 2019):

- Aguda: com duração de até 3 meses, surge na presença da lesão e pode ser um alerta de disfunção do organismo. Geralmente, desaparece com a eliminação da causa inicial e pode ser muito intensa.
- Crônica: de longa duração, geralmente com mais de 3 meses de evolução. Pode provocar graves sofrimentos e limita a qualidade de vida da pessoa. Muitas vezes necessita tratamento contínuo com medicamentos adjuvantes, e/ou tratamento psicológico.



É fundamental que o médico acredite na dor referida pela pessoa. Pensar que determinada pessoa deseja obter um ganho secundário pode levar a uma assistência desumanizada e incorre no risco de erro de diagnóstico. A apresentação da dor é muito variável – é possível perceber que há casos em que a pessoa está profundamente limitada por uma dor que parece ser de baixa intensidade, e casos em que uma pessoa se mantém produtiva e com relativa qualidade de vida mesmo referindo uma dor de grande intensidade (YOUNGER et al, 2009). O médico deve agir de forma a aliviar a dor e o sofrimento emocional da pessoa que procura ajuda.

Para a sua abordagem, são importantes informações sobre as características da dor, compreendendo o tipo de dor e sua duração, o tipo de sofrimento relatado pela pessoa, o histórico dos procedimentos médicos, e o uso de medicamentos.

Existem várias formas de escalas para avaliar a pessoa com dor, que podem ser unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais são simples de aplicar, rápidas, e apropriadas quando a causa da dor é óbvia e pode ser resolvida em curto intervalo de tempo. As mais conhecidas são (Júnior et al, 2019; YOUNGER et al, 2009):

(1) a escala analógica visual, na qual a pessoa marca a gravidade da dor em uma linha com comprimento de 10cm, registrando as palavras “sem dor” em uma extremidade e na outra extremidade “pior dor possível”;

Sem dor

Dor máxima

(2) a escala numérica, em que a pessoa verbaliza a dor na intensidade de 0 a 10, ou de 0-100, muito utilizada na prática médica diária. Tem a vantagem de ser aplicada verbalmente se necessário.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(3) a escala de descrição verbal, com palavras variando de “sem dor” a “dor intensa”, útil para alguns pacientes que têm dificuldade de mensurar sua dor em números.

SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR MÁXIMA
---------	-------------	--------------	-------------	------------

(4) a escala de dor em faces, escala ilustrativa que consiste em desenhos de expressões faciais, útil para crianças, pessoas com impedimentos cognitivos e em situações em que há barreiras de idioma.



Existem também escalas multidimensionais que mensuram diversas dimensões da dor, como intensidade, qualidade, interferência na funcionalidade, sentimentos, e efeitos na qualidade de vida (YOUNGER et al, 2009). São instrumentos mais complexos para aplicação no dia a dia, e por esta razão não serão abordados neste módulo.

Assim como na avaliação da intensidade da dor, a evolução do sintoma de dor também pode ser acessada através do uso de uma escala. A escala PGIC (Patient Global Impression of Change, ou “impressão global de mudança do paciente”) fornece uma estimativa única e geral de melhoria. A escala pede aos pacientes que classifiquem seu estado atual como:

- 1) muitíssimo melhorado
- 2) muito melhorado
- 3) minimamente melhorado
- 4) nenhuma mudança
- 5) minimamente pior
- 6) muito pior
- 7) muitíssimo pior.

Esta medida tem a vantagem de ser aplicável a uma ampla variedade de condições e tratamentos (YOUNGER et al, 2009).

São inúmeras as causas possíveis para a dor, por isso o exame físico deve ser completo, incluindo avaliação neurológica e da marcha. Locais com presença de inflamação são hipersensíveis à palpação e à movimentação ativa. Exames podem ser solicitados conforme o quadro clínico e somente complementam o raciocínio clínico (Júnior et al, 2019).

Devemos também lembrar que a busca incessante de uma lesão que explique a presença de dor pode gerar um alto grau de ansiedade e frustração, tanto para o médico quanto para a pessoa. A dor também pode estar relacionada a um cenário que é interpretado pelo sistema nervoso a partir de uma lesão tecidual potencial, e não apenas daquela que é real (Júnior et al, 2019), sendo neste caso um sinal de alerta.

2.4.1 MANEJO

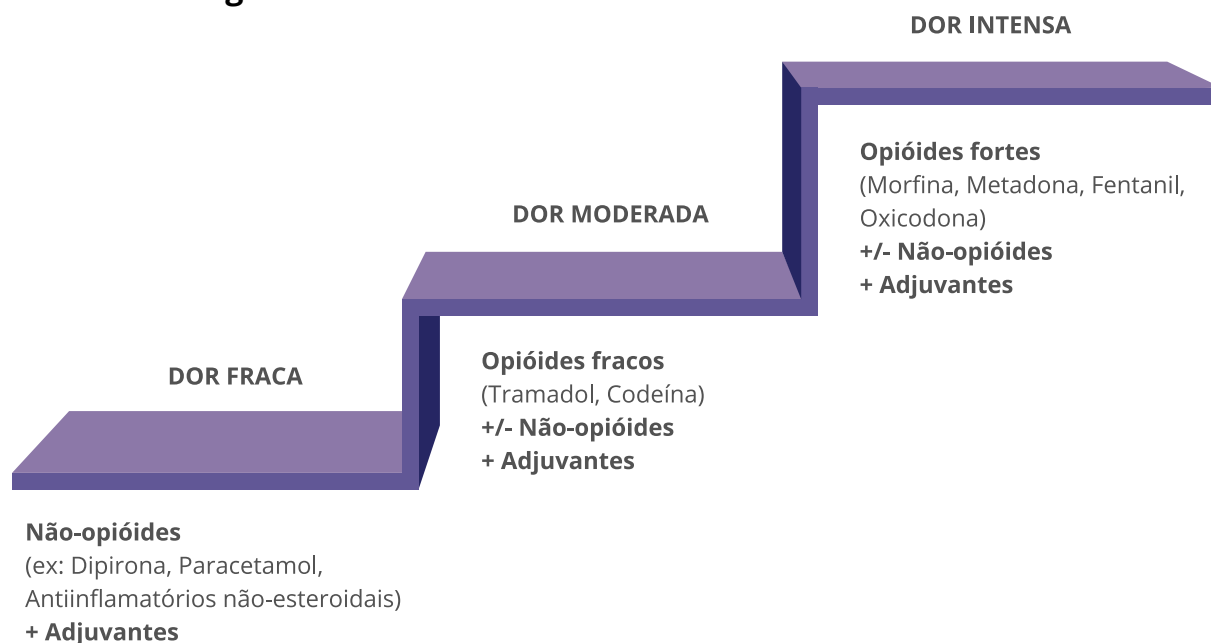
Os fármacos mais utilizados na terapia da dor aguda são os analgésicos não opióides. Os simples, representados pela dipirona e pelo paracetamol, podem ser usados por período prolongado de tempo, pois têm ação anti-inflamatória discreta, usados para tratamento da dor leve.

É necessário muito cuidado ao prescrever anti-inflamatórios não hormonais (AINEs), que costumam ser amplamente usados em pessoas com dor aguda e crônica. A facilidade de obtenção na unidade de saúde ou em farmácias em geral favorece a automedicação e o abuso destas medicações. Lembre-se de avaliar a função renal nos pacientes que fazem uso frequente de AINEs, e alertar o paciente para seus possíveis efeitos adversos, desencorajando o uso continuado dos mesmos.

A OMS publicou o princípio da escada analgésica (WHO, 1996), inicialmente pensado para o tratamento da dor de origem neoplásica. Esse princípio é composto por três degraus e guia o uso sequencial de fármacos. No entanto, a aplicação deste tratamento por degraus, considerando a intensidade da dor, passou a ser utilizada em várias situações para o controle da dor aguda e crônica (Júnior et al, 2019). Os medicamentos adjuvantes descritos na escada são diversos medicamentos não analgésicos, muitos deles de ação central, que contribuem para o alívio da dor ou mesmo possíveis sintomas psicológicos associados, como os antidepressivos e alguns anticonvulsivantes.

A indicação de analgésicos opióides pelo médico da APS pode ser bastante precisa, dependendo do quadro e da intensidade da dor, ainda que se trate de dor benigna ou não oncológica (Júnior et al, 2019).

Escada analgésica OMS



Fonte: adaptado de WHO, 1996

Devido à subjetividade da dor, seu significado para a pessoa e as variáveis psicológicas, nem sempre o tratamento convencional é capaz de aliviar os sintomas – o que é bastante comum no cenário da APS. Terapias não farmacológicas ou complementares podem ser necessárias. A socialização, a atividade física, o acompanhamento psicológico, e a educação do paciente são pontos a serem considerados no manejo da dor, especialmente a crônica, e o encaminhamento para fisioterapia e terapias como acupuntura e auriculoterapia podem ser úteis em alguns casos.

2.5 ABORDAGEM DA TONTURA E SÍNCOPE

Tontura é um sintoma comum na APS, porém impreciso. Os pacientes frequentemente têm dificuldade em descrever este sintoma. Existem quatro padrões clássicos de tonturas (Jantsch et al, 2019):

- Vertigem: Sensação de movimento ilusório e de que as coisas ao seu redor estão se movendo ou que seu corpo está se movendo, quando na verdade está parado.
- Pré-síncope: Sensação de desfalecimento, de desmaio iminente.
- Desequilíbrio: Sensação de que o controle sobre seus movimentos e equilíbrio está prejudicado. Não há sensação de movimento ilusório (vertigem) ou sensação de desfalecimento (pré-síncope).
- Hiperventilação: Apresenta a descrição mais vaga entre todos os padrões e, em geral, é descrita como a sensação de “cabeça vazia”, ou sensação de estar desconectado do ambiente.

Os pacientes geralmente dão informações pouco claras para os médicos ao falarem sobre sua sensação de tontura (Jantsch et al, 2019). Devido aos sintomas serem vagos, os médicos devem se esforçar em distinguir causas benignas das sérias que requerem avaliação e tratamento urgentes (MUNCIE et al, 2017).

Informações sobre a duração e os desencadeantes da tontura são bastante úteis, visto que os pacientes costumam ser claros ao dar este tipo de informação (MUNCIE et al, 2017).

No quadro a seguir é possível compreender algumas causas comuns de tontura e vertigem:

Diagnóstico diferencial de tontura e vertigem: causas comuns

Causas (da mais para a menos frequente)	Descrição clínica
Causas periféricas	
Vertigem posicional paroxística benigna	Episódios transitórios de vertigem provocados por otolitos desalojados nos canais semicirculares
Neurite vestibular	Episódios espontâneos de vertigem causados por inflamação do nervo vestibular ou órgãos

	labirínticos, geralmente por uma infecção viral
Doença de Meniere	Episódios espontâneos de vertigem associados com perda auditiva unilateral causada por excesso de pressão do fluido endolinfático no ouvido interno
Otosclerose	Episódios espontâneos de vertigem causados por crescimento ósseo anormal no ouvido médio e associado à perda auditiva condutiva
Causas centrais	
Migrânea vestibular	Episódios espontâneos de vertigem associados a enxaqueca
Doença cerebrovascular	Episódios espontâneos contínuos de vertigem causada por oclusão ou insuficiência arterial, afetando especialmente o sistema vertebrobasilar
Meningiomas do ângulo cerebelo-pontino e fossa posterior	Episódios espontâneos contínuos de tontura causada por schwannoma vestibular (ou seja, neuroma acústico), ependimoma infratentorial, glioma do tronco cerebral, meduloblastoma ou neurofibromatose
Outras causas	
Psiquiátricas	Inicialmente episódico, depois episódios frequentemente contínuos de tontura sem outra causa e associada com condição psiquiátrica (por exemplo, ansiedade, depressão, transtorno bipolar)
Induzida por medicação	Episódios contínuos de tontura sem outra causa e associada a um possível efeito adverso de medicamento
Cardiovascular/ metabólica	Sintomas episódicos agudos que não estão associados com qualquer gatilho
Ortostática	Sintomas episódicos agudos associados a uma mudança na posição

Fonte: adaptado de MUNCIE et al, 2017

A seguir, estão alguns pontos importantes a serem levantados durante a consulta para a abordagem da tontura:

Questione os detalhes da queixa – investigue possíveis desencadeantes da tontura e se ela é episódica ou contínua. Desencadeantes comuns podem ser o movimen-

to da cabeça ou mudança de posição do corpo, como rolar-se na cama. Um diagnóstico provável nestes casos é a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB). Se o sintoma é espontâneo, sem desencadeantes, o paciente pode ter tontura episódica com duração de segundos a dias. Diagnósticos possíveis nestes casos incluem a doença de Meniere, a migrânea vestibular e desordens psiquiátricas como a ansiedade. Com sintomas contínuos, não episódicos, os pacientes têm tontura persistente que dura dias a semanas. Sintomas vestibulares clássicos incluem tontura associada com náusea, vômitos, nistagmo, instabilidade na marcha, e intolerância ao movimento da cabeça. Estes achados podem ser compatíveis com neurite vestibular ou causas centrais, mesmo que estas últimas possam ocorrer também em padrões desencadeados por movimento. A tontura da hipotensão ortostática ocorre com o movimento de levantar-se (MUNCIE et al, 2017).

Questione sobre perda auditiva e realize otoscopia – se houver suspeita de vertigem, é importante investigar perda auditiva, que pode sugerir doença de Meniere. Pode-se avaliar hipoacusia no consultório solicitando ao paciente a repetição de palavras ou números sussurrados próximos ao ouvido (fonoacumetria ou “teste do sussurro”) (DUNCAN, 2013). Os critérios diagnósticos para esta doença incluem vertigem episódica (pelo menos dois episódios durando ao menos 20 minutos) associada a perda auditiva documentada em audiometria no ouvido afetado e zumbido (tinnitus) ou sensação de plenitude no mesmo ouvido. Em geral, os sintomas auditivos são unilaterais. (MUNCIE et al, 2017). A otoscopia é necessária para afastar causas otológicas, sobretudo, as inflamatórias (otorreia, otite média, tampão de cerumen e vesículas no pavilhão auricular) (DUNCAN, 2013).

Sempre revise o histórico médico e todas as medicações em uso – Os pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, podem necessitar de exames complementares, como glicemia e dosagem de eletrólitos. As medicações estão implicadas em 23% dos casos de tontura em idosos na atenção primária, assim como o uso de 5 ou mais medicações está associado com aumento no risco de tontura. Além disso, os idosos estão particularmente suscetíveis a efeitos adversos de diversas medicações. Na tabela abaixo você pode ver as medicações associadas com tontura (MUNCIE et al, 2017):

Medicamentos associados com tontura

Medicamento	Mecanismo causador
Álcool Antiarrítmicos classe 1a Agentes antidemência Antiepilépticos Anti-histamínicos (sedativos) Antihipertensivos Anti-infecciosos: agentes anti-influenza, antifúngicos, quinolonas Agentes antiparkinsonianos	Efeitos cardíacos: hipotensão, hipotensão postural, arritmias

Medicamentos para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade Digitálicos Dipiridamol Narcóticos Nitratos Inibidores da fosfodiesterase tipo 5 Relaxantes musculares Anticolinérgicos urinários	
Relaxantes musculares Antiespasmódicos urinários e gastrointestinais	Efeitos anticolinérgicos centrais
Antiepiléticos Benzodiazepínicos Lítio	Toxicidade cerebelar
Agentes antidiabéticos Bloqueadores beta adrenérgicos	Hipoglicemia
Aminoglicosídeos Agentes anti reumáticos	Ototoxicidade
Anticoagulantes Agentes antitireoideos	Sangramentos (anticoagulantes), supressão da medula óssea (agentes antitireoideos)

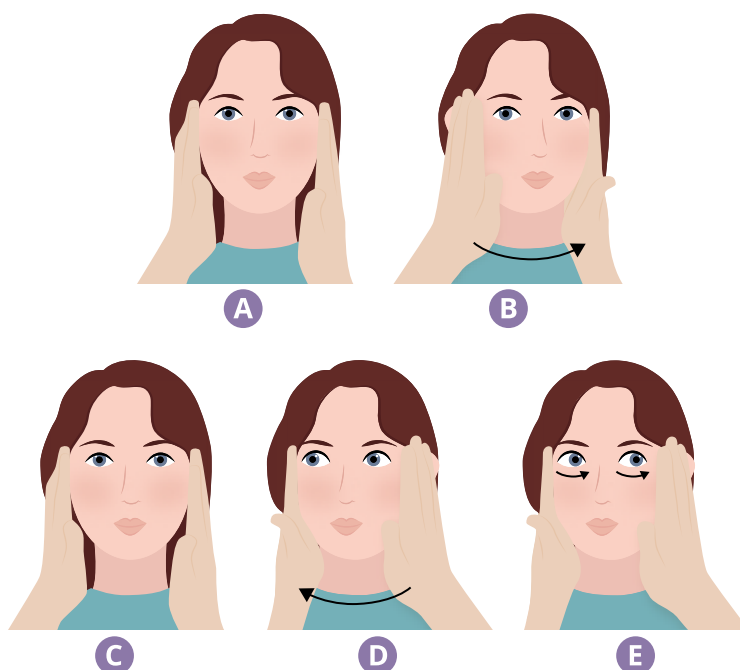
Fonte: adaptado de MUNCIE et al 2017

Diferencie se o quadro é periférico ou central – uma forma de diferenciar se a vertigem é central (originada de um possível acidente vascular encefálico – AVE), ou se é periférico (de causa vestibular), é examinar o paciente usando o mnemônico “HINTS”:

HI (Head impulse test) ou teste do impulso cefálico:

- Solicita-se ao paciente que olhe no nariz do examinador. Faz-se um movimento rápido e horizontal da cabeça e observa-se se o paciente conseguiu fixar os olhos no observador ou apresentou a sacada compensatória, ou seja, se apresentou um movimento rápido de ambos os olhos para voltar a fixá-los no observador, como pode ser observado na figura abaixo. Se este teste for positivo, é sinal de lesão vestibular para o lado em que apresentou a sacada compensatória (SILVA, 2018). Ou seja, caso o olhar do paciente seja desviado para o lado que a cabeça foi impulsinada, este será o lado acometido e o teste será considerado positivo para lesão do nervo vestibular (Jantsch et al, 2019). A ausência de movimento ocular sugere uma causa central (MUNCIE et al, 2017).

Teste do impulso da cabeça



Fonte: UpToDate, 2020

N - Nistagmo: é definido como movimento ocular composto por uma fase lenta (vestibular) e uma fase rápida (formação reticular do tronco).

- Solicita-se ao paciente que olhe fixamente na posição neutra e observa-se se há nistagmo. Essa manobra pode ser sensibilizada solicitando ao paciente que olhe para os lados, para cima e para baixo (nistagmos semi-espontâneos). A presença de nistagmo, na maioria das vezes, sugere lesão periférica. Os nistagmos vestibulares são unidirecionais, aumentam na direção da componente rápida (SILVA, 2018). O nistagmo vertical ou torsional, ou que muda de direção com o olhar, sugere uma causa central (MUNCIE et al, 2017).

TS – “Test of skew”:

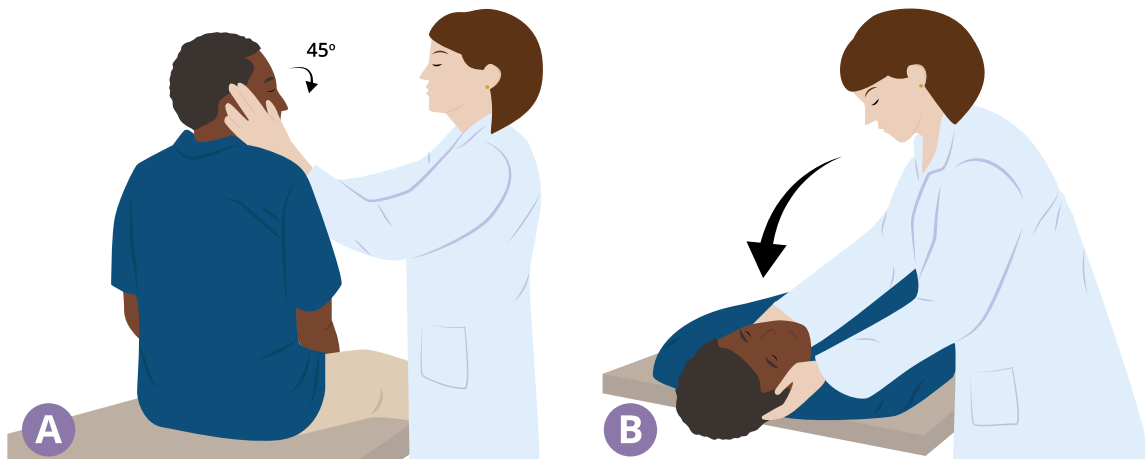
- Solicita-se ao paciente a manter os olhos abertos, na posição neutra e ocluir-se os olhos alternadamente. Nos casos periféricos, os olhos se mantêm na mesma posição, já nos casos centrais, pode-se ver o movimento ocular involuntário. A presença deste teste positivo está fortemente associada à presença de AVC de tronco (SILVA, 2018).

Meça a pressão e verifique se há hipotensão postural – a pressão deve ser mensurada enquanto o paciente está em posição supina. Para verificar se há hipotensão ortostática, deve-se colocar o paciente em decúbito dorsal por pelo menos 5 minutos, e aferir sua pressão arterial (PA). Depois, o paciente deve ficar em pé por três minutos, e sua PA deve novamente ser aferida. Caso aconteça queda da pressão arterial sistólica maior de 20 mmHg, queda da pressão arterial diastólica maior de 10 mmHg, ou pressão arterial sistólica menor de 90 mmHg, o exame é considerado positivo (Jantsch et al., 2019).

Realize exame físico cardíaco e neurológico – Arritmias (ex: bloqueios cardíacos, bradiarritmias e taquiarritmias) devem sempre ser consideradas em indivíduos idosos, com história de cardiopatia prévia, que têm palpitação ou que apresentam sintomatologia enquanto deitados ou sentados (DUNCAN, 2013), especialmente nos casos em que há suspeita de pré-síncope ou síncope. A ausculta cardíaca também pode identificar sopros. O exame neurológico em geral está normal nos casos de tontura, porém uma alteração indica investigação complementar. Avalie pares cranianos, função cerebelar (marcha, coordenação, reflexos, teste índex-nariz). É importante observar a marcha e realizar o teste de Romberg. Pacientes com uma marcha instável devem ser avaliados para neuropatia periférica (MUNCIE et al, 2017). No teste de Romberg, o indivíduo aproxima os pés, deixando os braços ao longo do corpo na posição anatômica, e fecha os olhos. O teste é considerado positivo com oscilação ou queda. Caracteriza-se como periférico quando existe latência entre o fechamento dos olhos e a queda (no sentido do labirinto lesado). Nos casos centrais, a queda é precoce e abrupta (DUNCAN, 2013).

Realize a manobra de Dix-Hallpike na suspeita de VPPB – a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é diagnosticada pela manobra de Dix-Hallpike. Se a anamnese for compatível, e o paciente apresentar vertigem durante a manobra, com ou sem nistagmo, o teste é positivo para VPPB, embora a manobra negativa não exclua o diagnóstico (valor preditivo positivo = 83% e valor preditivo negativo = 52%) (DUNCAN, 2013).

Manobra de Dix-Hallpike (usada para diagnosticar vertigem posicional paroxística benigna).



Este teste consiste em uma série de duas manobras: (A) Com o paciente sentado na mesa de exame, voltado para a frente, olhos abertos, o médico vira a cabeça do paciente 45 graus para a direita. (B) O médico apóia a cabeça do paciente enquanto o paciente se deita rapidamente da posição sentada para a supina, terminando com a cabeça pendurada 20 graus no final da maca. O paciente permanece nesta posição por 30 segundos. Em seguida, o paciente retorna à posição vertical e é observado por 30 segundos. Em seguida, a manobra é repetida com a cabeça do paciente virada para a esquerda. Um teste é positivo se alguma dessas manobras desencadear vertigem com ou sem nistagmo.

Fonte: Adaptado de Muncie et al, 2017

2.5.1 SÍNCOPE E PRÉ-SÍNCOPE

Vamos abordar algumas particularidades que devem ser consideradas no atendimento a pacientes com pré-síncope e síncope.

Com duração curta, geralmente de segundos ou minutos, a pré-síncope costuma ser descrita pelo paciente como “sensação de desmaio” ou de “apagão”, podendo apresentar também sensação de calor, diaforese, náusea e borramento visual, bem como, a percepção de palidez por um observador externo. Costuma ocorrer quando o indivíduo está na posição ortostática ou sentado, raras vezes na posição supina (DUNCAN, 2013). Esta situação pode ou não evoluir para a síncope propriamente dita, definida como a perda abrupta, completa e temporária da consciência, associada à impossibilidade de manter o tônus postural (queda), com remissão rápida e espontânea (Jantsch et al, 2019).

Os principais diagnósticos diferenciais podem ser divididos em cinco grandes grupos: hipotensão, condições metabólicas, doença cardíaca, condições intracranianas e transtornos mentais. No quadro abaixo você pode ver as possíveis causas de síncope e pré-síncope:

Estratégia diagnóstica para pacientes com pré-síncope/síncope

Causas mais comuns
Reflexo vasovagal
Hipotensão ortostática
Causas graves que devem ser consideradas
Cardiovasculares: arritmias, infarto agudo do miocárdio
Obstrução do fluxo de saída do coração (estenose aórtica, hipertrofia septal assimétrica)
Insuficiência vertebrobasilar/acidente isquêmico transitório/acidente vascular cerebral
Hipertensão intracraniana aguda
Hemorragia subaracnóidea
Crise convulsiva
Embolia pulmonar
Causas frequentemente esquecidas
Causas psicogênicas/hiperventilação
Condições metabólicas: hipoglicemia, hiperglicemia, anemia, hiponatremia
Uso de álcool e outras drogas
“Síncope” associada à tosse ou micção
Disfunção cervical

Raridades

Síndrome do roubo da subclávia

Enxaqueca

Fonte: Duncan, 2013

A síncope vasovagal é a mais comum de todas as causas e, geralmente, está relacionada a fatores estressores desencadeantes, como calor excessivo, dor e momentos de ansiedade. A hipotensão ortostática é também uma causa comum e está relacionada à queda brusca da pressão arterial (PA) ao levantar-se (Jantsch et al, 2019).

Ainda que síncope vasovagal e hipotensão postural sejam as causas mais comuns, é importante excluir outras causas, através de uma anamnese detalhada e exame físico completo (incluindo exame cardiológico e neurológico), além de investigação complementar quando necessário. Procure dados que indiquem doenças mais graves, como valvopatias e insuficiência cardíaca (IC) descompensada. Também é necessário aferir a PA e a frequência cardíaca (FC) (Jantsch et al, 2019).

2.5.2 HIPERVENTILAÇÃO

A queixa referida pelos pacientes nos casos de hiperventilação é bastante vaga, como “sensação de cabeça vazia”, “como se meu corpo não estive ali”, e a sensação em geral dura alguns minutos, podendo ser acompanhada por sintomas físicos, como amortecimentos em face e extremidades, dor no peito, incômodo na barriga (Jantsch et al, 2019). A base fisiológica está na alcalose metabólica decorrente da hiperventilação, que leva a um hipofluxo cerebral (Jantsch et al, 2019).

Em geral, situações de sofrimento psíquico e transtornos mentais podem originar hiperventilação, e seu diagnóstico traz a necessidade de se investigar mais profundamente o que está acontecendo com o paciente (Jantsch et al, 2019). Como já vimos neste módulo, devemos utilizar o método clínico centrado na pessoa com vistas a compreender as preocupações do paciente e possíveis aspectos psicológicos envolvidos com o quadro.

2.5.3 DESEQUILÍBRIO

O desequilíbrio envolve uma sensação de instabilidade postural, em que não há sintomatologia de vertigem ou de pré-síncope (Jantsch et al, 2019). Como o equilíbrio depende da ação integrada de um conjunto de órgãos e sistemas, em que estão incluídos o sistema vestibular, a musculatura esquelética, propriocepção, a audição e a visão, a origem do sintoma pode estar em mais de um sistema, sendo multifatorial (Jantsch et al, 2019). Estes sistemas são foco de problemas associados com o envelhecimento, então é esperado que esta seja uma queixa mais frequente entre os idosos e que leva a uma preocupação a mais - o risco de quedas nesta

faixa etária.

Quando realizamos o diagnóstico deste tipo de tontura, devemos investigar possíveis causas como: fraqueza da musculatura de membros inferiores ou da musculatura postural, baixa acuidade visual e/ou auditiva, mau condicionamento físico, uso de determinadas medicações (sobretudo se mais de quatro classes), doenças da coluna cervical, neuropatia periférica e disfunção vestibular (Jantsch et al, 2019).

2.5.4 EXAMES COMPLEMENTARES

Exames laboratoriais ou de imagem não estão recomendados quando não houver anormalidades no exame físico (MUNCIE et al, 2017), porém, lembre-se de que os pacientes com doença crônica podem precisar de exames laboratoriais. Pacientes com sinais de doença cardíaca podem ser avaliados com eletrocardiografia, Holter 24h, ecocardiografia ou ecodoppler de carótidas, quando indicado. Em caso de achados neurológicos anormais, incluindo perda auditiva unilateral ou assimétrica, considere a investigação através de tomografia ou ressonância magnética devido a possibilidade de doença cerebrovascular. Perda auditiva com vertigem e neuroimagem normal sugerem doença de Meniere.

2.5.5 MANEJO

O manejo específico do quadro irá depender da causa da tontura. Em caso de VPPB, é necessária a realização da manobra de Epley, sendo o tratamento farmacológico ineficaz e potencialmente danoso. Você deverá começar pelos mesmos passos da manobra de Dix-Hallpike, seguindo para os passos que complementam a manobra

SAIBA MAIS



Você pode conhecer um pouco mais sobre a Manobra de Epley assistindo do minuto 2:49 ao minuto 5:31 do vídeo a seguir: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/11456/1/Vertigem%20-%20%20Parte%203.mp4>

de reposição canalicular (Jantsch et al, 2019).

Em momentos de crise de vertigem, podem ser usados medicamentos 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.

Exemplos de antivertiginosos mais utilizados	
Anti-histamínicos <ul style="list-style-type: none"> • Cinarizina • Flunarizina • Prometazina • Meclizina • Dimenidrinato 	Anticolinérgico <ul style="list-style-type: none"> • Hioscina (escopolamina) Bloqueador de canal de cálcio <ul style="list-style-type: none"> • Nimodipina
Antidopaminérgicos <ul style="list-style-type: none"> • Metoclorpramida • Clorpromazina 	Benzodiazepínicos <ul style="list-style-type: none"> • Diazepam • Clonazepam • Lorazepam

Fonte: Jantsch et al, 2019

Além disso, há o risco de parkinsonismo associado aos antivertiginosos que impedem o uso contínuo destas medicações (Jantsch et al, 2019).

É bastante comum encontrarmos pacientes, especialmente os idosos, fazendo uso prolongado de antivertiginosos como cinarizina e flunarizina. Essa é uma situação comum decorrente da falta de aprofundamento diagnóstico e da limitação do arsenal terapêutico do clínico, que trata todas as “tonturas” como “labirintites” (Jantsch et al, 2019). É importante lembrar dos efeitos adversos nestas situações e revisar o uso destas medicações com o paciente, orientando o mesmo e evitando seu uso por mais de 3 dias.

2.6 PREPARO PARA EXAMES

Com as mudanças na área da saúde no último século e o avanço das tecnologias, a solicitação de exames complementares se tornou frequente, ainda que nem sempre seja necessária. A medicina de família e comunidade não é uma exceção e talvez seja uma das especialidades que mais sofre as consequências destas mudanças, por estar baseada em princípios centrados na pessoa e ter de buscar o uso racional de medicamentos e exames complementares, protegendo as pessoas do seu uso inadequado. Nesse sentido, o médico deve evitar exageros e apenas solicitar exames dentro do que é estritamente necessário para complementar o seu raciocínio (Zanolli e Dalla, 2019).

É importante lembrar que não é porque os exames estão disponíveis que eles devem ser sempre solicitados. A solicitação de exames é uma intervenção médica e, como qualquer outra, não está isenta de riscos ao paciente, como aqueles oriundos do sobrediagnóstico e sobretratamento.

Como vimos ao longo desta unidade, a investigação de alguns sinais e sintomas inespecíficos demandará a realização de exames laboratoriais, variando conforme a situação atendida. Eventuais doenças crônicas dos pacientes podem influenciar na solicitação de exames, e a revisão destas condições é fundamental, pois pode

haver relação entre uma possível descompensação e a queixa atual do paciente.

A recomendação mais comumente lembrada é a do jejum antes da coleta de exames laboratoriais. Mas ele é sempre necessário?

Antes de coletar glicemia de jejum, deve-se fazer jejum de pelo menos 8 horas, porém não mais de 12 horas. É necessário o mesmo tempo de jejum para ferriti-



No jejum é permitido beber água, devendo-se ter cuidado com os extremos da idade, gestantes e portadores de condições metabólicas crônicas, como o diabetes - estes pacientes podem não suportar o tempo adequado de jejum e devem receber uma orientação individualizada. O próprio uso de insulina e hipoglicemiantes pode ser perigoso quando o paciente realiza um jejum prolongado.

na e capacidade total de transporte do ferro; quanto à dosagem de ferro, não é preciso tal cuidado (Zanolli e Dalla, 2019).

Não necessitam de recomendações especiais as coletas de: creatinina, ureia, hemoglobina glicada (HbA1c), sorologias, hemograma ou hemoglobina, eletrólitos, função hepática, hormônios da tireoide (tiroxina e tri-iodotironina) e tireotrofina (TSH), cálcio, beta-gonadotrofina coriônica humana (β -hCG), exame de urina e velocidade de hemossedimentação (VHS) (Zanolli e Dalla, 2019).

As determinações de perfil lipídico, incluindo colesterol total, HDL e LDL, não sofrem alteração significativa quando realizados no estado pós-prandial, ou seja, não é obrigatório realizar 12 horas de jejum para realizar tais exames; ainda que haja aumento nos níveis de triglicérides no estado alimentado, este aumento é pouco relevante desde que a pessoa tenha realizado uma refeição usual não sobrecarregada em gordura (Consenso Brasileiro para a Normatização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico, 2016).

Mesmo ciente destas recomendações, é importante que o médico faça contato com o responsável técnico do laboratório de referência onde atua sempre que necessário, pois variações nas recomendações para coleta podem ocorrer (Zanolli e Dalla, 2019).

Encerramento da unidade

Caro profissional-estudante,

Você chegou ao final da segunda unidade do módulo “Abordagem a sinais e sintomas gerais e inespecíficos”. Você teve a oportunidade de compreender a abordagem inicial de diversos sintomas e sinais inespecíficos que são bastante frequentes da APS. Cada um destes sinais e sintomas geram uma amplitude de possibilidades diagnósticas e de manejo, e por isso esta unidade não esgota os temas apresentados. É importante que você se mantenha em constante formação, buscando aprimorar-se no manejo das causas específicas destes sinais e sintomas para além deste módulo.

Seguiremos falando da abordagem a algumas situações especiais e desafiadoras, com as quais provavelmente você também já se deparou na sua prática clínica.

Manejo de situações especiais

INTRODUÇÃO

Caro profissional estudante,

Durante os atendimentos na APS, é comum que um ou outro paciente gere emoções negativas no médico, que experimenta sentimentos desagradáveis que atrapalham a relação médico-pessoa e até mesmo a tomada de decisão clínica. Estas situações podem ser desencadeadas por diversos fatores, que agem em conjunto, como fatores relacionados à pessoa que procura o atendimento (múltiplas condições clínicas ou complexidade das mesmas, características de sua personalidade e má aderência às orientações médicas, entre outros) e fatores relacionados ao médico (dificuldade de comunicação e influência de experiências prévias que podem gerar uma contra-transferência ruim com a pessoa que está atendendo, entre outros).

Nesta unidade, vamos focar na abordagem daquelas pessoas com características que tornam o seu atendimento difícil ou desafiador pelo médico, devido ao seu comportamento agressivo, manipulador, hiperdemandante ou não aderente. Como agir diante destas situações?

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

Definir abordagens para pacientes que se apresentam em situações especiais.

Discutir a abordagem da pessoa em situações especiais, considerando o cuidado

centrado na pessoa.

Manejar situações de pacientes com características especiais de difícil manejo.

Bons estudos!

3.1 O PACIENTE CONSIDERADO “DIFÍCIL”

Os doentes difíceis decorrem da percepção, por parte do médico ou de outro profissional da equipe, de que algumas pessoas lhes suscitam emoções negativas ou grandes dificuldades relacionadas com a abordagem dos seus problemas de saúde e/ou com a comunicação e a relação interpessoal (Carrapiço e Ramos, 2019). Como as emoções são bastante particulares, nem todo médico considera um mesmo paciente difícil, ou seja, o paciente será considerado difícil apenas por alguns profissionais, e não por outros. Os efeitos de uma relação disfuncional com pessoas difíceis tendem a causar problemas como: insatisfação dos usuários, desgaste dos profissionais, erros médicos, sobreutilização dos serviços e uso inadequado dos recursos, entre outros (Carrapiço e Ramos, 2019). Algumas vezes, a pessoa considerada “difícil” é aquela que consulta com frequência, por diversas causas, como a não resolução do motivo que a leva para a consulta ou a ocorrência de múltiplas queixas ou necessidades; porém, estas situações desafiadoras também podem ocorrer em encontros pontuais, com pessoas que não procuram atendimento com frequência.

A pessoa que busca ajuda médica traz consigo algum sofrimento, que ela espera que seja acolhido e resolvido. A pessoa pode não ter consciência do tempo e esforço necessário para melhorar, nem perceber que sofre influência de determinantes sociais cuja resolução nem sempre está ao alcance do serviço de saúde. A frustração com um sofrimento não sanado ajuda a tornar mais complicada a relação com o médico. É importante lembrar que, mesmo que a pessoa gere emoções negativas no médico, ela não procurou o atendimento na intenção de causar isso, e sim por uma necessidade.

Este sofrimento frequentemente é psicológico ou psicossocial e, algumas vezes, parece ser criado, mantido e cultivado pela própria pessoa, como se fosse necessário, gerando atitudes e comportamentos autodestrutivos que levam a um ciclo de negatividade (Carrapiço e Ramos, 2019).

Existe também o risco de rotular a pessoa, estigmatizando-a, e tal prática pode bloquear a capacidade de abertura e análise crítica por parte do profissional, pois ativa preconceitos e pode contribuir para reforçar e fixar os comportamentos do doente. Por outro lado, o rótulo de “difícil” esconde os reais fatores que possam estar presentes, relacionados com o profissional, com o momento e as circunstâncias do encontro, com o contexto do cuidado e com o sistema de saúde (Carrapiço e Ramos, 2019). Por isso, é importante considerar, além da pessoa em atendimento, outras situações que podem estar interferindo nas dificuldades em atendê-la, o que inclui olhar para si mesmo.

REFLEXÃO



Você já refletiu sobre os motivos pelos quais considerou determinada pessoa difícil de atender? Você já tentou compreender a situação através de vários pontos de vista? Conseguiu colocar-se na posição da pessoa atendida? A questão central é: se não podemos modificar diretamente o comportamento da pessoa para que ela gere emoções mais positivas em nós, seria mais adequado começar repensando nosso próprio comportamento?

Veja a seguir alguns aspectos que podem ser alvo de mudança, para alterar pontos de vista, percepções e adequar os modos de lidar com pessoas consideradas doentes difíceis (Carrapiço e Ramos, 2019):

- 1. Consciência de si e humildade realista** - Perceber-se e refletir sobre os seus valores, modos de ver, modos de agir, preconceitos, autoquestionar-se sempre. Vigiar tendências autoritárias e ilusões de “onipotência”. Identificar e distinguir o que está e o que não está ao seu alcance para ser mudado. Saber reconhecer em si emoções negativas que um doente lhe causa (impotência, repulsa, medo de rejeição, humilhação, entre outras).
- 2. Modos de ver o outro/o doente** - Impulsionar a empatia e desenvolver capacidades de atenção e genuíno interesse para compreender as emoções, os sentimentos e as preocupações do outro, em suas circunstâncias.
- 3. Competências e capacidades** - Ter formação e treino continuados, análise e discussão interpares, avaliação de competências e de desempenhos comunicacionais e resultados obtidos.
- 4. Ampliação da clínica** - Explorar a biografia e as circunstâncias de vida e dos contextos familiar, social e laboral da pessoa.
- 5. Exploração do diálogo e da cooperação** - Procurar atingir acordos e compromissos e reforçar a autoestima e o autocuidado do usuário.
- 6. Trabalho em equipe** - Utilizar as vantagens da diversidade de saberes, de competências, de perspectivas e de modos de agir mobilizáveis na e por meio da equipe.
- 7. Investimento no vínculo** - O alvo da mudança deve estar na relação profissional-usuário (polos e ligação), e não em um dos polos isoladamente.

É possível perceber, nestes potenciais aspectos de mudanças, que o Método Clínico Centrado na Pessoa é fundamental para um bom entendimento destas situações mais difíceis. Os seus quatro componentes levam a uma compreensão mais aprofundada sobre o que significa a experiência da doença para a pessoa e sobre seu

contexto, desencadeando um planejamento conjunto de manejo dos problemas e uma melhor relação médico-pessoa. Entender cada pessoa como única em seu sofrimento é a chave para o manejo destas situações.

SAIBA MAIS



Para aprofundar seus conhecimentos, leia o artigo intitulado “Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento”, de Zoboli et al (2016), que faz uma discussão sobre a atitude ética de médicos e enfermeiros diante de pacientes difíceis na APS.

[Clique para ler.](#)

3.2 SITUAÇÕES ESPECIAIS NA PRÁTICA

Os pacientes em situações especiais, como manipuladores, agressivos, e hiperdemandantes, procuram ajuda na APS em diversos momentos; muitas vezes, a queixa da pessoa está relacionada a sofrimento mental e não está expressa claramente, ou é mascarada por sintomas somáticos, e somente será revelada por meio da escuta atenta (BRASIL, 2013).

Na abordagem do paciente hiperdemandante, é importante considerar as possíveis causas para uma procura frequente por consultas. Há características pessoais do paciente que podem estar envolvidas, e até mesmo a nossa postura médica pode fazer com que ele retorne com mais frequência, pois por vezes assumimos uma atitude paternalista ou fazemos com que a pessoa se sinta dependente de nós. Em relação à pessoa, deve-se levar em conta a sua resiliência (capacidade de superar situações adversas e sentimentos de frustração) e as diferenças individuais na tolerância aos sintomas, à dor e ao sofrimento, sendo que a percepção que cada indivíduo tem de si mesmo como saudável ou não talvez seja um dos principais fatores que faz com que se consulte frequentemente (Ramos e Carrapiço, 2019).

No caso dos pacientes hiperdemandantes, pode-se questionar a própria pessoa de forma empática e propositiva, como: “percebemos que você tem vindo frequentemente à unidade de saúde, existem outros motivos ou problemas que queira nos falar?”. Desta forma, através de uma postura acolhedora, os reais problemas podem vir à tona (BRASIL, 2013).

Quando as queixas clínicas da pessoa se repetem, é necessário também reavaliar o diagnóstico, a conduta, e se a queixa está sendo bem conduzida ou se está sendo abordada apenas com manejo paliativo (BRASIL, 2013). Não esqueça de questionar sobre a atividade laboral da pessoa, e considerar possíveis riscos e consequências associados a ela – estes fatores podem estar perpetuando queixas que levam a pessoa a consultar frequentemente.



Evite comentários preconceituosos com relação às pessoas que consultam frequentemente – este comportamento não é produtivo e deve ser desencorajado, inclusive aos demais profissionais da equipe. Dependendo da forma como a equipe de saúde lida com estes pacientes, a característica de hiperdemandante acaba por tornar-se um rótulo que dificulta a sua abordagem e manejo.

No quadro a seguir você poderá ver outras dicas para lidar com as pessoas que consultam frequentemente.

Dicas para lidar com as pessoas que consultam frequentemente

Enfoque	Dicas
Pessoa/doente e contextos	Considerar o doente em seu contexto; Explorar as doenças e como o doente as experiencia; A visita domiciliar e a abordagem familiar podem ser recursos de intervenção.
Motivos de consulta e problemas de saúde	Levar em conta o conjunto de sintomas e de problemas apresentados e procurar organizá-los e abordá-los por clusters de afinidades e suas inter-relações.
Desencadeantes	Identificar eventuais desencadeantes ou determinantes maiores que possam ajudar a explicar o aumento da procura de consultas.
Médico/profissional de saúde	Pensar a respeito de si e características, competências, crenças, preconceitos e angústias próprias de qualquer pessoa.
Relação médico-pessoa	Tomar consciência do tipo e características da relação médico-pessoa até então construída e de eventuais aspectos a serem trabalhados, em conjunto, no futuro; Evitar induzir nas pessoas dependência em relação ao médico.
Equipe de saúde	Tirar proveito da partilha de experiências e da diversidade de saberes, de competências e de contributos da equipe em situações mais complexas.
Comunicação	Cultivar atitudes e práticas de comunicação e de relação empática e compassiva, adaptada às características de cada pessoa;

	Dar feedback pessoal das percepções do médico, inclusive sobre a adequação da procura em cada consulta.
Tempo e estrutura da consulta	Aperfeiçoar continuamente a destreza e a sensibilidade na estruturação e condução da consulta – medicina lenta, resolutiva e qualificada.
Narrativa	Realizar análises, sínteses e registros que permitam reavaliar e reinterpretar, junto com a pessoa, a sua trajetória de recurso às consultas no seu contexto de saúde e de vida, sem culpá-la nem fazer juízos de valor.

Fonte: adaptado de Ramos e Carrapiço (2019)

SAIBA MAIS



O artigo “Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde”, de Carvalho et al (2015), teve como objetivo estudar a associação entre história de depressão e hiperutilização de serviços de saúde entre usuários da APS, considerando a alta procura por consultas pelos pacientes com problemas de saúde mental.

[Clique para ler.](#)

Abordar uma pessoa agressiva é sempre desafiador, pois é difícil criar empatia com sentimentos negativos direcionados a nós como profissionais. Encarar a agressividade do paciente como mais um sintoma a ser considerado no quadro clínico e como sinal de sofrimento psíquico evita que o médico entenda a situação como ameaça ou coação contra a sua própria pessoa (MANTOVANI et al, 2010). Isso permite que o médico adote uma atitude empática e acolhedora, aproximando a relação médico-paciente de um vínculo de confiança e respeito no qual o paciente sinta que foi acolhido e o seu sofrimento foi reconhecido (MANTOVANI et al, 2010).

É importante contar com uma equipe bem informada e treinada quanto à abordagem de pacientes agressivos. A adequação do comportamento da equipe de profissionais no manejo da situação é um aspecto fundamental para a prevenção de agressão física ou danos materiais (MANTOVANI et al, 2010). Para isso, é necessário que se discutam estas situações em equipe, reforçando uma atitude acolhedora de todos os profissionais da equipe.

Como resultado do processo de tomada de decisão na consulta, que estudamos no início deste módulo, é possível obter uma melhor adesão do paciente às recomendações médicas. Mesmo assim, a adesão aos conselhos médicos e às recomendações sobre estilo de vida costumam ser baixas, independentemente da doença em questão (PENDLETON et al, 2011).

Mas o que explica a baixa adesão? Falta de conhecimento? Classe social do paciente?

Aparentemente a explicação não está nestes fatores, apesar de serem explicações atraentes e relativamente simples.

A forma como a consulta é conduzida influencia na adesão, e o estilo de consulta que mais funciona é aquele em que os pacientes são completamente envolvidos em todos os aspectos, inclusive no estabelecimento do diagnóstico e nas decisões sobre o manejo do problema. Ser autoritário tende a não funcionar (PENDLETON et al, 2011).



Outro ponto a ser considerado são as orientações padronizadas ou muito genéricas – elas costumam ser desconsideradas pelo paciente. O paciente tende a prestar mais atenção quando o atendimento é personalizado para a sua situação, e quando o médico considera o contexto e a situação de vida da pessoa ao orientá-la.

A situação em que o médico possui menos preparo para a abordagem é a do paciente manipulador. Manipulação pode ser definida como o processo pelo qual uma pessoa exerce influência sobre outra para levá-la a agir de acordo com seus propósitos (FUKUDA et al, 1982). Especialmente em um contexto de consulta médica, no qual tradicionalmente o médico deseja deter o poder, é difícil para o profissional perceber-se manipulado, ou persuadido. A relação de persuasão pode ser definida como uma interação social, na qual os comportamentos de uma das pessoas envolvidas estabelecem, mantêm, suprimem ou mudam, efetivamente, o comportamento de outra pessoa (LE SENECHAL-MACHADO, 1997).

O paciente pode assumir um comportamento manipulador por diversos motivos, o que é difícil de identificar. Uma situação que pode ocorrer é o comportamento do persuadido reforçar o comportamento persuasivo, ou manipulador, do paciente. Ou seja, se nós, médicos, identificarmos esta situação para tentarmos compreendê-la, poderemos dar subsídios para o paciente cessar este comportamento.

Quando o paciente deseja obter algo e assume este comportamento, a não satisfação do desejo leva à ansiedade, que leva a potencialmente mais investidas na tentativa de influenciar a ação do profissional. Se a resposta não for satisfatória para o manipulador, este pode apresentar comportamento inadequado ou ainda, aprender com a intervenção - nesta situação de aprendizado, o comportamento manipulativo inicial pode deixar de ser usado pela pessoa (FUKUDA et al, 1982).

Algumas manifestações de manipulação são (FUKUDA et al, 1982): violar regras e

rotinas do serviço; fazer reivindicações excessivas ou exigir privilégios; fazer elogios ao profissional ou à sua competência para obter privilégios; intimidar o profissional, principalmente quando descobre algum aspecto no qual ele demonstra insegurança; demonstrar auto-piedade; etc.

Possíveis atitudes do profissional nestas situações incluem: demonstrar firmeza no posicionamento, especialmente quando for necessário dizer “não”; ser claro nas informações fornecidas, conferindo com o paciente o que foi dito para evitar mal entendidos; evitar qualquer tipo de confronto; procurar compreender a demanda real do paciente; e, por fim, evitar perder o controle sobre a situação, controlando os próprios sentimentos e palavras, com vistas a manter o profissionalismo e a não prejudicar a relação médico-paciente.

Encerramento da unidade

Caro profissional-estudante,

Você chegou ao final da terceira unidade do módulo “Abordagem a sinais e sintomas gerais e inespecíficos”, onde foi possível aprimorar as suas formas de manejar pacientes desafiadores e refletir sobre seu próprio comportamento nestas situações.

Na quarta e última unidade deste módulo você poderá revisar conceitos importantes sobre prescrição e desprescrição de medicamentos e compreender como colocar em prática estes conhecimentos.

Prescrição e desprescrição

INTRODUÇÃO

Caro profissional estudante,

A prescrição estará presente no encerramento de quase todas as consultas, e requer grande cuidado devido ao seu potencial para resolver a demanda do paciente ou causar ainda mais problemas. Além disso, a prescrição deve ser um meio de comunicação efetivo, e sua plena compreensão pela pessoa ou familiares deve ser assegurada.

Nesta unidade, o foco será dado aos princípios da prescrição e desprescrição de medicamentos, e para isto também abordaremos conteúdos acerca da segurança do paciente e da polifarmácia. É relevante destinar uma atenção especial ao uso de medicamentos em idosos - população mais vulnerável aos efeitos adversos e interações medicamentosas - assunto que será aprofundado a seguir.

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

Manejar situações de prescrição e desprescrição medicamentosa.

Aplicar os princípios da prescrição e desprescrição de medicamentos, considerando o cuidado centrado na pessoa e a medicina baseada em evidências.

Bons estudos!

4.1 PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

A prescrição médica é considerada racional sempre que o tratamento farmacológico for de fato o indicado, que o medicamento prescrito seja eficaz para tratar o quadro clínico da pessoa, que seja utilizado na dose e período apropriados e que a alternativa farmacoterapêutica seja a mais segura e de menor custo (Schweitzer et al, 2019).

A legislação brasileira define que a prescrição deve ser legível, clara, sem rasuras e conter:

- Cabeçalho, que inclui nome e endereço do profissional ou da instituição;
- Nome da pessoa;
- Via de administração;
- Nome do fármaco, adotando, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), obrigatoriamente, a Denominação Comum Brasileira (DCB) e, na sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI);
- Forma farmacêutica e concentração;
- Quantidade total a ser fornecida;
- Frequência de administração;
- Duração do tratamento;
- Data;
- Assinatura do médico e o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina (CRM).

Prescrições incompletas, ilegíveis, incorretas ou fornecidas sem uma comunicação adequada podem acarretar nos seguintes problemas:

- Dispensação incorreta, com risco de troca de medicamentos e de dosagens;
- Tratamentos ineficazes e não seguros;
- Exacerbação da enfermidade, de sofrimento e dano;
- Custos mais elevados para a pessoa e para o sistema de saúde;
- Desconfiança quanto à medicação prescrita;
- Descrédito no médico e no sistema de saúde;
- Ocorrência de efeitos adversos;
- Resistência bacteriana a antibióticos;
- Falta de adesão ao tratamento.

Veja a seguir algumas orientações básicas para a prescrição de medicamentos, segundo Schweitzer (2019):

1. Antes de prescrever uma medicação ou conduta, deve-se conhecer e procurar

evidências de seu uso.

2. Descrever, de forma compreensível e detalhada, as medidas não medicamentosas que fizerem parte da prescrição.
3. Prescrever, na medida do possível, somente uma medicação. Evitar a polifarmácia.
4. Procurar adaptar os horários de tomada da medicação ao estilo de vida do paciente, sempre que for possível, com intuito de aumentar a adesão ao tratamento.
5. Ao prescrever um tratamento, orientar o paciente sobre o tempo que ele precisará utilizar a medicação, negociando prazo para início e final do tratamento.
6. Esclarecer à pessoa e/ou ao acompanhante tudo o que for imprescindível sobre o medicamento prescrito: finalidade, dose, interação com alimentos, frequência, via de administração, duração do tratamento, interações medicamentosas, reações adversas e riscos durante e depois de seu uso, forma de armazenamento.
7. Na prescrição de crianças, conhecer a dose recomendada de acordo com o peso, a idade, a apresentação do medicamento e o estado nutricional.
8. Na prescrição de gestantes, conhecer a teratogenicidade dos medicamentos e os riscos potenciais.
9. Na prescrição de idosos, levar em consideração aspectos fisiológicos da idade e as alterações farmacocinéticas relacionadas.
10. Na prescrição de mulheres nutrizes, conhecer o metabolismo da medicação e potencial excreção no leite materno. Conhecer possíveis efeitos sobre o lactente e a necessidade ou não de suspender a amamentação ou a medicação.
11. Evitar o uso de medicamentos de forma empírica e procurar sempre uma justificativa clínica consistente.
12. Levar em consideração o custo-benefício dos medicamentos ao prescrevê-los.
13. Checar na história clínica a presença de alergias, a interação com outras medicações e o resultado de exames.
14. Escrever a receita médica de forma legível, completa, sem abreviaturas, datar e assinar, e incluir a inscrição no CRM. Utilizar o nome genérico ou a DCB.
15. Prescrever somente medicamentos que venham ao encontro das necessidades da pessoa e nunca para sua própria conveniência ou simplesmente porque a pessoa os requer.
16. Acordar com a pessoa o retorno da consulta para acompanhamento.
17. Prescrever medicação não licenciada ou fora dos termos de sua licença (off-label) apenas se necessário, considerando se os riscos são menores que os benefícios.
18. Renovar receitas somente se as condições da pessoa estiverem monitoradas.

19. Estabelecer uma comunicação efetiva com a pessoa, levando em consideração suas crenças, preocupações e atitudes.
20. Registrar as prescrições no prontuário da pessoa para que se possa conferir, no retorno, se as orientações foram cumpridas.
21. Abrir espaço na agenda para esclarecer eventuais dúvidas ou modificar a prescrição, se houver efeitos indesejáveis dos medicamentos.
22. Utilizar dispositivos eletrônicos, quando possível, para auxílio na tomada de decisões e na melhor comunicação ao paciente. Estimular o paciente a utilizá-los quando possível e disponível.

Antes de prescrever, sempre considere os hábitos de vida da pessoa e questione possíveis limitações - como déficit visual, dificuldade para deglutir ou analfabetismo. Impor horários rígidos de tomada da medicação sem levar em conta o estilo de vida e o horário de trabalho do paciente pode prejudicar substancialmente a adesão ao tratamento (Schweitzer et al, 2019). Além disso, prefira iniciar tratamentos com as melhores opções disponíveis, e questione o poder de compra da pessoa antes de prescrever medicamentos não disponíveis na rede pública - de nada adiantará prescrever medicamentos que não serão adquiridos, deixando a doença progredir.

4.2 SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS

O atual sistema de prestação de cuidados de saúde é composto por uma complexa rede de processos, tecnologias e interações humanas, o que pode trazer benefícios significativos, mas também envolve um risco de dano real ao paciente. Felizmente a maior parte desses danos são evitáveis (WHO, 2019.9).

Alguns medicamentos são considerados potencialmente perigosos, também denominados medicamentos de alto risco ou medicamentos de alta vigilância. São aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização (ISMP, 2015). No contexto da APS, os medicamentos potencialmente perigosos são os seguintes:

Medicamentos potencialmente perigosos de uso ambulatorial

Classes terapêuticas

Antiretrovirais (ex: efavirenz, lamivudina, raltegravir, ritonavir e antiretrovirais associados)

Hipoglicemiantes orais

Imunossupressores (ex: azatioprina, ciclosporina, tacrolimus)

Insulinas, em todas as formulações e tipo de dispositivos de administração

Medicamentos classificados na categoria X de risco na gravidez (ex: bosentana, sotretinoína)*

Medicamentos líquidos pediátricos que necessitam de medição**

Opioides em todas as formulações e vias de administração

Quimioterápicos de uso oral excluindo os agentes hormonais (ex: ciclofosfamida, mercaptopurina, temozolomida)

Medicamentos específicos

Carbamazepina

Heparinas, incluindo heparina não fracionada e de baixo peso molecular (ex: enoxaparina, alteparina, nadroparina)

Hidrato de cloral líquido para sedação de crianças

Metformina

Metotrexato de uso oral (uso não oncológico)

Midazolam líquido para sedação de crianças

Propiltiouracil

Varfarina

*Risco X: estudos em animais ou humanos revelaram evidências de risco fetal, sendo que os riscos do uso do medicamento claramente superam qualquer benefício. Não usar em hipótese alguma durante a gestação.

**Devem ser utilizadas seringas de uso oral para administrar medicamentos orais líquidos.

Fonte: ISMP, 2015

Quando você prescrever alguma destas medicações, deve prestar mais atenção e tomar cuidados que incluem a adoção de protocolos, com utilização de documentos claros e detalhados, e a disponibilização de bases de informações integradas aos sistemas de prescrição e dispensação para alertar sobre situações de risco no momento da prescrição e dispensação (ISMP, 2015).

Há ferramentas que visam evitar erros na prescrição e uso de medicamentos no cotidiano da APS. Vamos conhecer duas delas:

1. A dupla checagem;
2. Os 5 momentos para a segurança no uso de medicamentos.

4.2.1 DUPLA CHECAGEM

A dupla checagem, ou dupla conferência, é uma ferramenta que tem como objetivo conferir informações importantes, preferencialmente por pessoas diferentes ou instrumentos diferentes para evitar erros. Mesmo considerando que todos são susceptíveis a cometer erros, a probabilidade de que duas pessoas cometam o mesmo erro com o mesmo medicamento e o mesmo paciente é menor (ISMP, 2015). Significa simplesmente checar duas vezes a informação, podendo ser realizada na identificação do paciente (usando duas formas de identificação, como nome e data

de nascimento), na prescrição de medicamentos (usando conferência manual e eletrônica, quando a prescrição eletrônica estiver disponível e contar com esta função), assim como na dispensação e administração da medicação, momentos para os quais há ferramentas específicas que envolvem esta dupla checagem.

É importante que você esteja sempre atento ao prescrever, conferindo a informação no momento da escrita do receituário e no momento de explicar ao paciente, mesmo que não seja possível a dupla checagem por pessoas diferentes. Tenha um cuidado especial quanto à prescrição eletrônica, que muitas vezes gera dados automáticos nos receituários. Muitos erros ocorrem por falta de atenção neste momento, como a seleção de um medicamento com nome semelhante em uma lista, ou a dosagem pré-definida no sistema não estar de acordo com um tratamento específico. O profissional deve sempre conferir a prescrição final.

4.2.2 OS 5 MOMENTOS PARA A SEGURANÇA

O envolvimento do paciente no próprio tratamento também é fundamental para evitar erros de medicamentos. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019.4) recomenda a utilização da ferramenta de engajamento do paciente “5 Momentos para a Segurança no Uso de Medicamentos”, que propõe 5 momentos-chave em que a ação do paciente ou do cuidador pode reduzir o risco de danos associados ao uso de medicamentos. Esta ferramenta visa capacitar os pacientes para se envolverem em seus próprios cuidados. Ela deve ser usada em colaboração com profissionais de saúde, mas as informações sempre devem permanecer com os pacientes, seus familiares ou cuidadores.

A ferramenta “5 Momentos para Segurança no Uso de Medicamentos” pode ser aplicada quando os pacientes vivenciam diferentes níveis de atendimento e em diferentes ambientes e contextos. Veja a seguir algumas situações em que a ferramenta pode ser utilizada:

- visita a uma unidade de atenção primária à saúde;
- encaminhamento para outra unidade de saúde ou outro profissional de saúde;
- visita a uma farmácia;
- admissão em um estabelecimento de saúde;
- transferência para outra unidade de saúde;
- alta de uma unidade de saúde;
- tratamento e cuidados em casa ou em casa de repouso.

Vamos conhecer os 5 Momentos para Segurança no Uso de Medicamentos e quais questionamentos os pacientes e familiares fazem em cada momento (WHO, 2019.4)



Fonte: WHO, 2019.4

1- Iniciando uma medicação

Qual é o nome deste medicamento e para que serve? Quais são os riscos e possíveis efeitos colaterais? Existe outra maneira de tratar minha condição? Falei com meu profissional de saúde sobre minhas alergias e outras condições de saúde? Como devo guardar este medicamento?

2 - Tomando minha medicação

Quando devo tomar este medicamento e quanto devo tomar de cada vez? Como devo tomar o medicamento? Há algo relacionado a alimentos e bebidas que devo saber enquanto tomo este medicamento? O que devo fazer se falhar uma dose deste medicamento? O que devo fazer se tiver efeitos colaterais?

3 - Acrescentando uma medicação

Eu realmente preciso de algum outro medicamento? Falei com meu profissional de saúde sobre os medicamentos que já estou tomando? Este medicamento pode interagir com meus outros medicamentos? O que devo fazer se suspeitar de uma interação? Serei capaz de administrar vários medicamentos corretamente?

4 - Revisando minha medicação

Eu tenho uma lista de todos os meus medicamentos? Por quanto tempo devo tomar cada medicamento? Estou tomando algum medicamento de que não preciso mais? Um profissional de saúde verifica meus medicamentos regularmente? Com que frequência meus medicamentos devem ser revisados?

5 - Parando minha medicação

Quando devo interromper cada medicamento? Algum dos meus medicamentos não deve ser interrompido repentinamente? O que devo fazer se ficar sem medicação? Se eu tiver que interromper minha medicação devido a um efeito indesejado, onde devo relatar isso? O que devo fazer com sobras ou medicamentos vencidos?



É função do profissional de saúde, especialmente do médico, promover o envolvimento do paciente, apresentando esta ferramenta a ele, sua família e cuidadores, apoiando-os em responder às perguntas e fornecendo material de apoio escrito para que o paciente e seus familiares possam lembrar quais são os questionamentos pertinentes e suas respostas.

4.3 POLIFARMÁCIA

A polifarmácia é o uso simultâneo de vários medicamentos. Embora não haja uma definição padrão, polifarmácia é frequentemente definida como o uso rotineiro de cinco ou mais medicamentos (WHO, 2019.11), o que inclui aqueles utilizados “por conta” e que frequentemente não constam na prescrição oficial. Esta situação geralmente é resultado de cascatas de prescrição, que ocorrem quando um efeito adverso de um medicamento é mal interpretado como um novo problema médico, levando à prescrição de mais medicamentos para tratar o sintoma inicial induzido pelo medicamento (McGRATH, 2017).



Segundo a Organização Mundial da Saúde, nosso objetivo deve ser reduzir a polifarmácia inadequada (prescrição irracional de muitos medicamentos) e garantir a polifarmácia apropriada, que se refere à prescrição racional de vários medicamentos com base nas melhores evidências disponíveis e considerando os fatores e contextos individuais do paciente.

Veja no quadro a seguir o que podemos considerar como polifarmácia apropriada e polifarmácia inadequada:

Polifarmácia apropriada X Polifarmácia inadequada

Polifarmácia apropriada:

- O médico prescreve todos os medicamentos com a finalidade de alcançar objetivos terapêuticos específicos acordados com o paciente;
- Os objetivos terapêuticos estão realmente sendo alcançados ou há uma chance razoável de que serão alcançados no futuro;
- A terapia medicamentosa é otimizada para minimizar o risco de reações adversas a medicamentos; e
- O paciente está motivado e capaz de tomar todos os medicamentos conforme pretendido.

Polifarmácia inadequada:

- Existem medicamentos prescritos sem indicação baseada em evidências, com a indicação expirada ou com a dose desnecessariamente alta;
- Um ou mais medicamentos não alcançam os objetivos terapêuticos que se destinam a atingir;
- Um medicamento ou a combinação de vários medicamentos causa reações adversas ou coloca o paciente em alto risco de sofrê-las; ou
- O paciente não deseja ou não pode tomar um ou mais medicamentos conforme o pretendido.

A polifarmácia está associada a múltiplas consequências negativas no tratamento da pessoa, incluindo aumento do risco de eventos adversos com medicamentos, interações entre medicamentos e entre medicamentos e doenças, redução da capacidade funcional, síndromes geriátricas múltiplas, não adesão à medicação e aumento da mortalidade. Estes fatores contribuem para o aumento dos custos de saúde, tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde (McGRATH, 2017). Alguns destes aspectos serão aprofundados mais adiante nesta unidade.

É importante lembrar que os grupos de pacientes mais vulneráveis aos riscos da polifarmácia são aqueles suscetíveis a interações medicamentosas, a um maior risco de quedas, a reações adversas a medicamentos, e aqueles que têm comprometimento cognitivo, não adesão e mau estado nutricional. Dentre estas pessoas podemos destacar os pacientes com mais de 65 anos e os que vivem em lares de idosos (WHO, 2019.11).

No atendimento a pacientes idosos, além de considerar que esta população está mais suscetível a efeitos adversos e interações medicamentosas, o médico deve investigar a possibilidade da polifarmácia ser a origem de algumas síndromes geriátricas. Veja no quadro a seguir:

Síndromes geriátricas associadas com polifarmácia

Síndromes geriátricas	Classes de medicamentos - com alguns exemplos
Delirium e demência	Anticolinérgicos <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivos: Amitriptilina, paroxetina • Anti-histamínicos: Difenidramina, hidroxizina • Antimuscarínicos: Oxibutinina • Antipsicóticos: Clorpromazina, olanzapina • Antiespasmódicos: Atropina, escopolamina • Relaxantes musculares: Ciclobenzaprina Benzodiazepínicos Corticosteroides Antagonistas do receptor H2 Hipnóticos sedativos

Quedas	Anticonvulsivantes, antihipertensivos, antipsicóticos, benzodiazepínicos, sedativos não benzodiazepínicos, opióides, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, antidepressivos tricíclicos
Incontinência urinária	Inibidores anticolinesterásicos, antidepressivos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos (bloqueadores do canal de cálcio, diuréticos, bloqueadores alfa-1 periféricos), antipsicóticos, opióides, hipnóticos sedativos
Tontura	Anticolinérgicos (como acima) Antihipertensivos: bloqueadores alfa-1 periféricos e centrais Sunfoniluréias (longa duração)
Perda de peso	Disfagia: Bifosfonatos, doxiciclina, ferro, anti-inflamatórios não esteroidais, potássio Afetando gosto e cheiro: Inibidores da enzima convertora da angiotensina (I-ECA), alopurinol, antibióticos, anticolinérgicos, anti-histamínicos, bloqueadores do canal de cálcio Reduzindo apetite: Antibióticos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, digoxina, metformina, opióides, inibidores seletivos da recaptação da serotonina
Constipação	Anticolinérgicos, bloqueadores do canal de cálcio, opióides

Fonte: adaptado de McGrath, 2017

O profissional de saúde deve utilizar uma abordagem que priorize a prescrição apropriada considerando os estilos de vida como parte do processo de gestão da saúde. É reconhecido que um estilo de vida pouco saudável pode contribuir para a multimorbidade, exigindo tratamento com vários medicamentos. Outro fator que contribui para a ocorrência de polifarmácia são diretrizes de prática clínica que fazem recomendações para o manejo de condições únicas, como insuficiência cardíaca, hipertensão ou diabetes, geralmente sugerem o uso de 2 ou mais medicamentos para atingir o manejo ideal e não fornecem orientação no cenário de multimorbidade (McGRATH, 2017).

Da mesma forma que observamos as interações medicamentosas, é importante lembrar de potenciais interações entre medicamentos e doenças nos pacientes em polifarmácia, visto que eles em geral possuem comorbidades que podem sofrer o efeito indesejável de medicamentos usados para tratar outra(s) patologia(s).

Interações medicamento-doença

Doença	Medicamentos	Efeitos
Insuficiência cardíaca congestiva	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflamatórios não esteroidais e inibidores da COX-2 • Tiazolidinedionas • Bloqueadores do canal de cálcio não diidropiridínicos 	Potencial para promover retenção hídrica e exacerbar a insuficiência cardíaca
Demência	<ul style="list-style-type: none"> • Anticolinérgicos • Antipsicóticos • Benzodiazepínicos • Agonistas do receptor H2 • Sedativos não benzodiazepínicos (zolpidem) 	Efeitos adversos no sistema nervoso central Antipsicóticos estão associados com maior risco de acidente cerebrovascular e mortalidade em pessoas com demência
Úlceras gástricas e duodenais	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirina (>325 mg/dia) • Anti-inflamatórios não esteroidais 	Podem exacerbar úlceras pré-existentes ou causar novas úlceras
Doença renal crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflamatórios não esteroidais 	Podem aumentar o risco de dano renal agudo e causar maior perda da função renal
Incontinência urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Estrogênio (oral e transdérmico) • Bloqueadores alfa-1 periféricos • Diuréticos • Inibidores da colinesterase 	Agravamento da incontinência
Hiperplasia prostática benigna	<ul style="list-style-type: none"> • Drogas anticolinérgicas 	Podem causar retenção urinária

Fonte: adaptado de McGrath, 2017

4.3.1 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

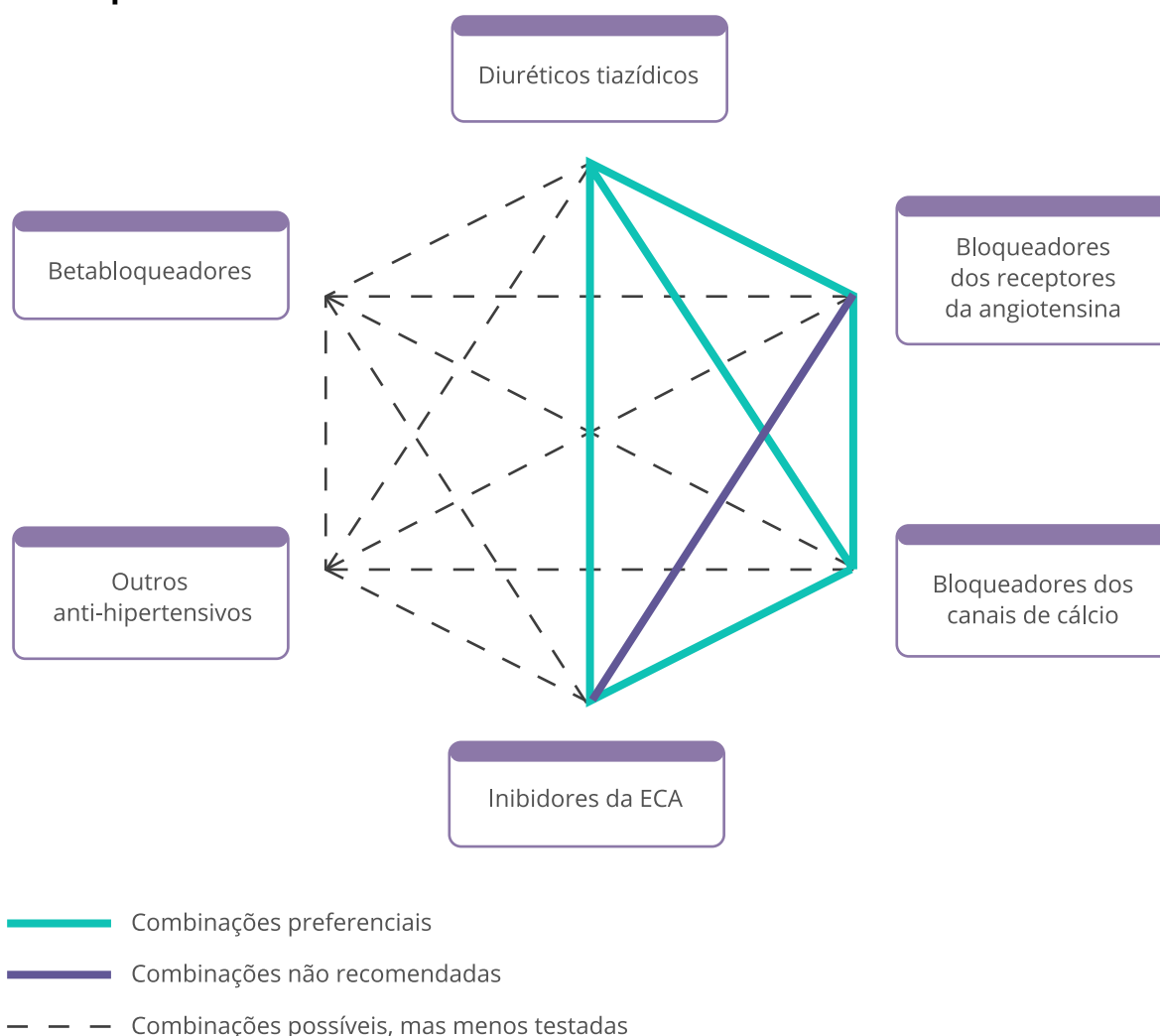
Sabemos que, quanto mais medicamentos estiverem em uso, mais provável é a ocorrência de interações, conforme mostra o quadro abaixo:

Quantidade de medicamentos em uso	Percentual de risco de apresentar interações entre medicações
2 medicamentos	13%
4 medicamentos	38%
7 ou mais medicamentos	82%

Fonte: GALAGHER et al (2007)

Boa parte das interações ocorrem entre medicamentos de efeito cardiovascular, que são bastante utilizados na APS. Por isto, algumas combinações destes medicamentos são preferíveis e outras devem ser evitadas, conforme você pode ver no esquema a seguir, que compreende os principais grupos de anti-hipertensivos prescritos na APS:

Esquema preferencial de associações de medicamentos anti-hipertensivos



Fonte: Malachias et al, 2016 (7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016, página 39).

Algumas interações podem ter potencial de gravidade. Em São Paulo, um estudo (NETO et al., 2017) identificou interações potenciais de gravidade alta em pacientes ambulatoriais, conforme podemos ver no quadro a seguir:

Interações potenciais de gravidade alta em pacientes ambulatoriais em São Paulo

Ocorrência	Interação identificada	Riscos	Consequência com maior severidade
1	Entre espironolactona e enalapril	Hipercalcemia com maior intensidade em idosos, diabéticos, doença renal, falência cardíaca, desidratação	Arritmia, tonturas, confusão, dormência
2	Entre espironolactona e losartana	Hipercalcemia com maior intensidade em idosos, diabéticos, doença renal, falência cardíaca, desidratação	Arritmia, falência renal, paralisia muscular e assistolia
3	Entre enalapril e losartana	Hipercalcemia, prejuízo da função renal e hipotensão arterial	Arritmia, falência renal, paralisia muscular e assistolia
4	Entre enalapril e alopurinol	Risco de reações alérgicas severas e infecções	Dispneia, contração na garganta, febre, rash, dor muscular, fraqueza, edema facial, lábios ou língua e prurido. Sinais de infecção

Fonte: Neto et al, 2017

Com relação ao uso concomitante de enalapril e losartana, é importante lembrar que esta é uma associação não recomendada, e a identificação desta prática em pacientes ambulatoriais é preocupante.

Devido à imensa gama de medicamentos de diferentes classes utilizados e manejados na APS, não será possível esgotar neste módulo todas as interações possíveis. Por isso, é importante que você se mantenha atualizado e utilize as ferramentas tecnológicas disponíveis, com vistas a buscar o melhor manejo e uma prescrição de medicações baseada em evidências, especialmente em pacientes em polifarmácia. Uma destas ferramentas é o aplicativo para celular “DRUGS” no qual é possível inserir o nome das medicações que se deseja consultar as interações, tanto as leves quanto as moderadas e graves. O aplicativo é em inglês, porém, de fácil compreensão.



Aqui você poderá fazer buscas de informação sobre os medicamentos e baixar o aplicativo: <https://www.drugs.com>

4.3.3 MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS EM IDOSOS

Devido a suscetibilidade desta população específica, alguns critérios foram desenvolvidos com o objetivo de auxiliar na identificação do uso inadequado de medicamentos. Infelizmente, medicamentos potencialmente inadequados continuam a ser prescritos e usados como primeira linha de tratamento para os idosos, apesar das evidências disponíveis que demonstram os riscos associados ao seu uso (Beers criteria update, 2012).



Ainda que haja consensos sobre medicamentos potencialmente perigosos em idosos, é necessário individualizar a avaliação de riscos e benefícios para cada situação clínica, pois uso de algum medicamento pode ser justificável se seu benefício for maior que o risco e ele puder ser acompanhado regularmente.

Os critérios de Beers são representados por meio de uma lista de medicamentos ou classes de medicamentos, atualizada periodicamente, composta por medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos por ineficácia ou alto risco de eventos adversos. Sua última atualização foi em 2019 (Beers criteria update 2019). Os critérios têm o nome do Dr. Mark Beers, foram publicados pela primeira vez em 1991 e representam a primeira lista organizada de erros comuns de prescrição em pessoas idosas (O'Mahony et al, 2010).

Dentre os medicamentos comumente prescritos na APS, aqueles com efeito anticolinérgico e com potencial sedativo são os mais citados, devido aos seus efeitos adversos. Abaixo leia um resumo de alguns dos critérios de Beers publicados em 2019, considerando medicamentos frequentemente utilizados na APS e que estão disponíveis para uso no Brasil.

Anti-histamínicos de primeira geração - Altamente anticolinérgicos; clearance reduzido com o avançar da idade e a tolerância se desenvolvem quando usados como hipnóticos; risco de confusão, boca seca, constipação, outros efeitos anticolinérgicos e toxicidade.

Medicamentos: Bromfeniramina, Clorfeniramina, Clemastina, Ciproheptadina, Dexbromfeniramina, Dexclorfeniramina, Dimenidrinato, Difenhidramina, Hidroxizina, Meclizina, Prometazina.

Conduta indicada: Uso de difenhidramina em situações agudas o tratamento da reação alérgica grave pode ser apropriado. Evitar de forma geral.

Antiespasmódicos - Altamente anticolinérgico, eficácia incerta.

Medicamentos: Atropina (exclui uso oftalmológico), hiosciamina, Metescopolami-

na, Escopolamina.

Conduta indicada: Evitar

Nitrofurantoína - Potencial para toxicidade pulmonar, hepatotoxicidade e neuropatia periférica, especialmente com uso de longo prazo; alternativas mais seguras disponíveis

Conduta indicada: Evite em indivíduos com clearance de creatinina <30 mL / min ou para longo prazo.

Bloqueadores alfa-1 periféricos para tratamento de hipertensão - alto risco de hipotensão ortostática e danos associados, especialmente em adultos mais velhos; não recomendado como tratamento de rotina para hipertensão; agentes alternativos têm perfil de risco-benefício superior

Medicamentos: Doxazosina, Prazosina.

Conduta indicada: Evite o uso como anti-hipertensivo.

Alfa-agonistas centrais e outros alfa-agonistas do sistema nervoso central (SNC) - Alto risco de efeitos adversos no SNC; pode causar bradicardia e hipotensão ortostática; não recomendado como rotina tratamento para hipertensão.

Medicamentos: Metildopa, Clonidina para tratamento de primeira linha de hipertensão.

Conduta indicada: Evite como anti-hipertensivo de primeira linha.

Digoxina para tratamento de primeira linha de fibrilação atrial ou de insuficiência cardíaca

Uso em fibrilação atrial: não deve ser usado como tratamento de primeira linha na fibrilação atrial, porque há alternativas mais eficazes e seguras para o controle de frequência, apoiadas por evidências de alta qualidade.

Uso na insuficiência cardíaca (IC): evidências de benefícios e malefícios da digoxina são conflitantes e de qualidade inferior. Na insuficiência cardíaca, dosagens mais altas não estão associadas a benefício adicional e pode aumentar o risco de toxicidade. A diminuição do clearance renal da digoxina pode levar ao aumento do risco de efeitos tóxicos; maior redução da dose pode ser necessária naqueles com doença renal crônica em estágio 4 ou 5.

Conduta indicada: Evite este agente de controle de taxa como primeira linha terapia para fibrilação atrial Evite como terapia de primeira linha para IC. Se usado para fibrilação atrial ou IC, evite dosagens > 0,125 mg / dia.

Nifedipina de liberação imediata - Potencial para hipotensão; risco de precipitar isquemia miocárdica.

Conduta indicada: Evitar.

Amiodarona - Eficaz para manter o ritmo sinusal, mas tem maior toxicidade do que outros antiarrítmicos usados em fibrilação atrial; pode ser uma terapia de pri-

meira linha razoável em pacientes com insuficiência cardíaca concomitante ou hipertrofia ventricular esquerda substancial se o controle do ritmo for preferido ao invés controle de frequência.

Conduta indicada: Evite como terapia de primeira linha para fibrilação atrial a menos que o paciente tenha IC ou ventrículo esquerdo com substancial hipertrofia.

Antidepressivos, isoladamente ou em combinação - Altamente anticolinérgicos, sedativos e causam hipotensão ortostática .

Medicamentos: Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Nortriptilina, Paroxetina.

Conduta indicada: Evitar.

Antipsicóticos, primeira geração (convencional) e segunda geração (atípica) - Aumento do risco de acidente vascular cerebral (acidente vascular cerebral) e maior taxa de declínio cognitivo e mortalidade em pessoas com demência

Conduta: Evite antipsicóticos para problemas comportamentais de demência ou delirium, a menos que opções não farmacológicas (por exemplo, intervenções comportamentais) falharam ou não são possíveis, e o idoso está ameaçando causar dano substancial a si mesmo ou aos outros.

Conduta indicada: Evite, exceto na esquizofrenia ou transtorno bipolar, ou para uso de curto prazo como antiemético durante quimioterapia.

Benzodiazepínicos - adultos mais velhos têm maior sensibilidade a benzodiazepínicos e diminuição do metabolismo dos agentes de longa duração; em geral, todos os benzodiazepínicos aumentam risco de deficiência cognitiva, delírio, quedas, fraturas e acidentes de veículos motorizados em idosos. Pode ser apropriado para convulsões, retirada benzodiazepínica , retirada do etanol, transtorno de ansiedade generalizada severa, e anestesia periprocedimento.

Medicamentos: Ação curta e intermediária: Alprazolam, Lorazepam, Oxazepam. Ação prolongada: Clordiazepóxido (sozinho ou em combinação com amitriptilina ou clidínio), Clonazepam, Diazepam.

Conduta indicada: Evitar

Sulfonilureias de ação prolongada - maior risco de hipoglicemia prolongada severa em idosos.

Medicamentos: Clorpropamida, Glimepirida, Glibenclamida.

Conduta indicada: evitar.

Metoclopramida - Pode causar efeitos extrapiramidais, incluindo discinesia tardia; o risco pode ser maior em idosos frágeis e com exposição prolongada.

Conduta indicada: Evitar, a menos para gastroparesia com duração de uso não excedendo 12 semanas.

Óleo mineral, via oral - Potencial de aspiração e efeitos adversos; alternativas mais seguras disponíveis.

Conduta indicada: Evitar.

Inibidores da bomba de prótons - Risco de infecção por *Clostridium difficile*, perda óssea e fraturas.

Conduta indicada: Evite o uso programado para > 8 semanas, a menos que para pacientes de alto risco (por exemplo, uso de corticosteróides sistêmicos ou uso crônico de AINE), esofagite erosiva, esofagite de Barrett, condição hipersecretora patológica, ou necessidade demonstrada de manutenção tratamento (por exemplo, devido à falha em teste de descontinuação da medicação ou do uso de antagonistas de receptor H2).

AINEs ciclooxigenase não seletivos, via oral - Aumento do risco de sangramento gastrointestinal ou úlcera péptica em grupos de alto risco, incluindo aqueles com mais de 75 anos ou em uso de corticosteroides orais ou parenterais, anticoagulantes, ou agentes antiplaquetários; uso de inibidor da bomba de prótons reduz, mas não elimina o risco. Além disso, pode aumentar a pressão arterial e induzir lesão renal. Os riscos estão relacionados à dose.

Medicamentos: Aspirina > 325 mg / dia, Diclofenaco, Etodolaco, Ibuprofeno, Ceto- profeno, Meloxicam, Naproxeno, Piroxicam.

Conduta indicada: Evite o uso crônico, a menos que outras alternativas não sejam eficazes e o paciente possa usar um agente gastroprotetor (inibidor da bomba de prótons ou misoprostol).

Relaxantes musculares - A maioria dos relaxantes musculares são mal tolerados por idosos porque alguns têm efeitos adversos anticolinérgicos, causam sedação, e implicam em risco aumentado de fraturas; eficácia em doses toleradas por idosos são questionáveis.

Medicamentos: Carisoprodol, Ciclobenzaprina, Orfenadrina.

Conduta indicada: evitar.

Hipnóticos não benzodiazepínicos - agonistas de receptores benzodiazepínicos apresentam eventos adversos semelhantes aos benzodiazepínicos em idosos (por exemplo, delírio, quedas, fraturas); melhora mínima na latência e duração do sono.

Medicamentos: Zolpidem.

Conduta indicada: Evite o uso crônico (> 90 dias).

Os critérios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) e START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) foram criados em 2003 com o propósito de suprir as possíveis deficiências dos critérios de Beers. Os critérios foram posteriormente validados usando uma metodologia de consenso Delphi em 2006, e sua segunda versão foi publicada em 2014.

Seguem alguns exemplos de prescrições não contempladas nos critérios de Beers:

- Diurético de alça apenas para edema isolado de tornozelo, ou seja, sem sinais clínicos de insuficiência cardíaca (nenhuma evidência de eficácia, meias de compressão geralmente são mais apropriadas).
- Diurético tiazídico com histórico de gota (pode exacerbar a gota).
- Antidepressivos tricíclicos (ADTs) com glaucoma (com probabilidade de exacerbar o glaucoma).
- Qualquer prescrição de classe de medicamento duplicado, como dois opiáceos simultâneos, AINEs, diuréticos de alça, inibidores da ECA (a otimização da monoterapia em uma única classe de medicamentos deve ser observada antes de considerar um novo agente).

A ferramenta STOPP/START é composta por medicamentos considerados potencialmente inapropriados (MPI), que foram denominados STOPP, e por medicamentos potencialmente omitidos (MPO), que foram denominados START. Entende-se como medicamento potencialmente omitido aquele que é considerado essencial para o sucesso do tratamento e preservação da saúde do idoso (Rosa et al, 2016). Ou seja, nesta ferramenta não só foram considerados os medicamentos que são potencialmente perigosos nesta faixa etária, como também aqueles que a princípio não poderiam ser esquecidos, em diversas situações.

Abaixo você pode ver um resumo de alguns critérios do STOPP/START, considerando as situações mais corriqueiras na APS.

STOPP - as seguintes prescrições são potencialmente inadequadas para pessoas com 65 anos de idade ou mais:

Sistema cardiovascular

- Digoxina em uma dose de longo prazo > 125 mg / dia com insuficiência renal (aumento do risco de toxicidade).
- Diurético de alça para edema dependente de tornozelo apenas, ou seja, sem sinais clínicos de insuficiência cardíaca (nenhuma evidência de eficácia, meias de compressão geralmente são mais apropriadas).
- Diurético de alça como monoterapia de primeira linha para hipertensão (há alternativas mais seguras e eficazes disponíveis).
- Diurético tiazídico com histórico de gota (pode agravar a gota).
- Betabloqueador em combinação com verapamil (risco de bloqueio cardíaco sintomático).
- Uso de diltiazem ou verapamil com insuficiência cardíaca NYHA Classe III ou IV (pode piorar a insuficiência cardíaca).
- Aspirina com história pregressa de úlcera péptica sem antagonista do receptor H2 da histamina ou inibidor da bomba de prótons (risco de sangramento).
- Aspirina em dose > 150 mg / dia (risco aumentado de sangramento, nenhuma evidência de eficácia aumentada).

- Aspirina para tratar tonturas não claramente atribuível à doença cerebrovascular (não indicado).
- Varfarina para a primeira trombose venosa profunda não complicada por mais de 6 meses de duração (nenhum benefício adicional comprovado).
- Varfarina para a primeira embolia pulmonar não complicada por mais de 12 meses de duração (nenhum benefício comprovado).
- Aspirina, clopidogrel, dipiridamol ou varfarina com distúrbio hemorrágico concomitante (alto risco de sangramento).

Sistema nervoso central e drogas psicotrópicas

- Antidepressivos tricíclicos (ADTs) com demência (risco de agravamento do comprometimento cognitivo).
- ADTs com glaucoma (provavelmente exacerba o glaucoma).
- ADTs com anormalidades condutivas cardíacas (efeitos pró-arrítmicos).
- ADTs com constipação (com probabilidade de piorar a constipação).
- ADTs com um opiáceo ou bloqueador dos canais de cálcio (risco de constipação grave).
- ADTs com prostatismo ou história anterior de retenção urinária (risco de retenção urinária).
- Benzodiazepínicos em uso prolongado (> 1 mês), de longa duração, como clordiazepóxido, fluzepam, nitrazepam, clorazepato e benzodiazepínicos com metabólitos de longa ação, por exemplo diazepam (risco de sedação prolongada, confusão, equilíbrio prejudicado, quedas).
- Neurolépticos em uso prolongado (> 1 mês) como hipnóticos de longo prazo (risco de confusão, hipotensão, efeitos colaterais extrapiramidais, quedas).
- Neurolépticos de uso prolongado (> 1 mês) em pessoas com parkinsonismo (com probabilidade de piorar os sintomas extrapiramidais).
- Anticolinérgicos para tratar os efeitos colaterais extrapiramidais de medicamentos neurolépticos (risco de toxicidade anticolinérgica).
- Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) com história de hiponatremia clinicamente significativa (hiponatremia não iatrogênica <130 mmol/l nos 2 meses anteriores).
- Uso prolongado (> 1 semana) de anti-histamínicos de primeira geração, ou seja, difenidramina, clorfeniramina, ciclizina, prometazina (risco de sedação e efeitos colaterais anticolinérgicos).

Sistema gastrointestinal

- Difenoxilato, loperamida ou fosfato de codeína para tratamento de diarreia de causa desconhecida (risco de diagnóstico tardio, pode exacerbar a constipação)

com diarreia por transbordamento, pode precipitar megacólon tóxico na doença inflamatória intestinal, pode atrasar a recuperação na gastroenterite não reconhecida).

- IBP para úlcera péptica em dosagem terapêutica completa por > 8 semanas (indicação de descontinuação ou redução da dose para manutenção / tratamento profilático de úlcera péptica, esofagite ou DRGE).
- Medicamentos antiespasmódicos anticolinérgicos com constipação crônica (risco de exacerbação da constipação).
- Sistema respiratório Teofilina como monoterapia para DPOC (alternativa mais segura e eficaz; risco de efeitos adversos devido ao índice terapêutico estreito).
- Corticosteroides sistêmicos em vez de corticosteroides inalados para terapia de manutenção na DPOC moderada a grave (exposição desnecessária a efeitos colaterais de longo prazo de esteróides sistêmicos).
- Ipratrópio nebulizado com glaucoma (pode exacerbar o glaucoma).

Sistema músculo-esquelético

- Droga antiinflamatória não esteroideal (AINE) com história de úlcera péptica ou sangramento gastrointestinal, exceto com antagonista do receptor H2 de histamina concomitante, PPI ou misoprostol (risco de recidiva de úlcera péptica).
- AINE com hipertensão moderada a grave (moderada: 160/100 mmHg - 179/109 mmHg; grave: maior ou igual a 180/110 mmHg) (risco de exacerbação de hipertensão).
- AINE com insuficiência cardíaca (risco de exacerbação de insuficiência cardíaca).
- Uso a longo prazo de AINE (> 3 meses) para alívio da dor nas articulações leve na osteoartrite (analgésicos simples preferíveis e geralmente tão eficazes para o alívio da dor).
- Varfarina e AINE juntos (risco de sangramento gastrointestinal).
- AINE com insuficiência renal crônica b (risco de deterioração da função renal).
- Corticosteróides de longo prazo (> 3 meses) como monoterapia para artrite reumatóide ou osteoartrite (risco de efeitos colaterais de corticosteroides sistêmicos maiores).
- AINE de longo prazo ou colchicina para o tratamento crônico da gota onde não há contra-indicação ao alopurinol (alopurinol, medicamento profilático de primeira escolha na gota).

Sistema urogenital

- Drogas antimuscarínicas com demência (risco de confusão aumentada, agitação).
- Drogas antimuscarínicas da bexiga com glaucoma crônico (risco de exacerbação aguda do glaucoma).

- Drogas antimuscarínicas da bexiga com constipação crônica (risco de exacerbação da constipação).
- Drogas antimuscarínicas da bexiga com prostatismo crônico (risco de retenção urinária).
- Alfa-bloqueadores com cateter urinário de longo prazo in situ, ou seja, mais de 2 meses (medicamento não indicado).

Sistema endócrino

- Glibenclamida ou clorpropamida com diabetes mellitus tipo 2 (risco de hipoglicemia prolongada).
- Betabloqueadores em pacientes com diabetes mellitus e episódios de hipoglicemia frequentes, ou seja, 1 episódio por mês ou mais (risco de mascarar os sintomas de hipoglicemia).
- Estrogênios com histórico de câncer de mama ou tromboembolismo venoso (risco aumentado de recorrência).

Medicamentos que afetam adversamente pessoas propensas a quedas (1 ou mais quedas nos últimos 3 meses)

- Benzodiazepínicos (sedativos, podem causar redução do sensorium, prejudicar o equilíbrio).
- Drogas neurolépticas (podem causar dispraxia da marcha, parkinsonismo).
- Anti-histamínicos de primeira geração (sedativos, podem prejudicar o sensorio).
- Drogas vasodilatadoras conhecidas por causar hipotensão em pessoas com hipotensão postural persistente, ou seja, queda recorrente > 20 mmHg na pressão arterial sistólica (risco de síncope, quedas).

Drogas analgésicas

- Uso de opiáceos poderosos de longo prazo, por ex. morfina ou fentanil como terapia de primeira linha para dor leve a moderada (escada analgésica da OMS não observada).
- Opiáceos regulares por mais de 2 semanas em pessoas com constipação crônica sem uso concomitante de laxantes (risco de constipação grave).
- Opiáceos de longo prazo em pessoas com demência, a menos que haja indicação para cuidados paliativos ou tratamento da síndrome da dor crônica moderada / grave (risco de exacerbação do comprometimento cognitivo).

Classes de drogas duplicadas

Qualquer prescrição de classe de medicamento duplicada regular. Dois opiáceos simultâneos, NSAIDs, SSRIs, diuréticos de alça, inibidores da ECA (a otimização da monoterapia dentro de uma única classe de drogas deve ser observada antes de considerar uma nova classe de drogas). Isto exclui a prescrição em duplicado de medicamentos que podem ser necessários com base no PRN, e agonistas beta 2

inalados (de ação longa e curta) para asma ou DPOC e opiáceos para tratamento da dor irruptiva.

START - estes medicamentos devem ser considerados para pessoas com 65 anos de idade ou mais, com as seguintes condições, desde que não exista contra-indicação à prescrição:

Sistema Cardiovascular

- Varfarina na presença de fibrilação atrial crônica.
- Aspirina na presença de fibrilação atrial crônica, onde a varfarina é contra-indicada, mas não a aspirina.
- Aspirina ou clopidogrel com história documentada de doença aterosclerótica coronariana, cerebral ou vascular periférica em pacientes com ritmo sinusal.
- Terapia anti-hipertensiva onde a pressão arterial sistólica é consistentemente > 160 mmHg.
- Terapia com estatinas com história documentada de doença coronariana, cerebral ou vascular periférica, em que o estado funcional do paciente permanece independente para as atividades da vida diária e a expectativa de vida é > 5 anos.
- Inibidor da enzima de conversão da angiotensina (ECA) na insuficiência cardíaca crônica e após infarto agudo do miocárdio.
- Betabloqueador com angina estável crônica.

Sistema respiratório

- Agonista beta 2 inalado regular ou agente anticolinérgico para asma leve a moderada ou DPOC.
- Corticosteroide inalado regular para asma moderada a grave ou DPOC, onde FEV1 previsto <50%.
- Oxigênio contínuo domiciliar com insuficiência respiratória crônica tipo 1 documentada ($pO_2 < 8,0$ kPa, $pCO_2 < 6,5$ kPa) ou insuficiência respiratória tipo 2 ($pO_2 < 8,0$ kPa, $pCO_2 > 6,5$ kPa).

Sistema nervoso central

- L-DOPA na doença de Parkinson idiopática com deficiência funcional definitiva e incapacidade resultante.
- Droga antidepressiva na presença de sintomas depressivos moderados-graves com duração de pelo menos 3 meses.

Sistema gastrointestinal

- Inibidor da bomba de prótons com doença de refluxo ácido gastroesofágico grave ou estenose péptica que requer dilatação.
- Suplemento de fibra para doença diverticular sintomática crônica com constipação.

Sistema músculo-esquelético

- Medicamento anti reumático modificador da doença (DMARD) com doença reumatoide moderada a grave ativa com duração > 12 semanas.
- Bisfosfonatos em pacientes em tratamento com corticosteróides orais de manutenção.
- Suplemento de cálcio e vitamina D em pacientes com osteoporose conhecida (evidência radiológica ou fratura prévia por fragilidade ou cifose dorsal adquirida).

Sistema endócrino

- Inibidor da ECA ou bloqueador do receptor da angiotensina em diabetes com nefropatia, ou seja, proteinúria de urinálise ou microalbuminúria (> 30 mg / 24 horas), com ou sem insuficiência renal na bioquímica sérica.

SAIBA MAIS



No Brasil, foi realizado um estudo com o objetivo de validar o conteúdo dos Critérios de Beers e STOPP em suas versões anteriores, para a obtenção de critérios nacionais de classificação de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Desta forma nasceu o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos, de 2016. É interessante a busca pela melhor aplicação dos critérios considerando a realidade brasileira.

[Clique para ler.](#)

4.4 DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Desprescrição pode ser definida como o processo de redução gradual, interrupção, descontinuação ou retirada de medicamentos, com o objetivo de gerenciar a polifarmácia e melhorar os resultados (WHO, 2019.9).

Desprescrever vai além de retirar medicamentos que são considerados inadequados. É preciso fazer uma análise pormenorizada e padronizada para resolver paradoxos, ou contradições, que estão na base do regime terapêutico (Cobos et al, 2019). Uma destas possíveis contradições ocorre quando o tempo para obter um benefício clínico relevante supera a expectativa de vida do paciente, por exemplo, no caso de início de tratamento anti-hipertensivo ou sua intensificação na prevenção primária em pessoas frágeis, com uma expectativa de vida reduzida. Outra destas contradições ocorre quando existem fatores dependentes do contexto do paciente que não favorecem o uso de determinados fármacos e implicam o seu uso inadequado, por exemplo, no caso de uso de fármacos de administração complexa (inaladores, insulinas) em pacientes que moram sozinhos, com baixo apoio social, e que apresentam problemas perceptivos ou cognitivos que dificultam o uso adequado da medicação (Cobos et al, 2019).

Além de avaliar potenciais riscos e benefícios do uso de cada medicação e as interações medicamentosas, o médico deve considerar a situação basal do paciente, seu contexto e sua expectativa de vida, dando especial atenção às situações de final da vida. É importante incluir o paciente na tomada de decisão de forma ativa ao longo de todo o processo, além de garantir o seguimento e a reavaliação frequente para detectar efeitos adversos e a adesão ao plano de desprescrição (Cobos et al, 2019).

De forma geral, podemos analisar o processo de desprescrição através de cinco passos: (Cobos et al, 2019):

Passo 1: Obtenção da história completa dos medicamentos.

Devemos obter uma lista completa de todos os medicamentos que o paciente usa, incluindo dose, frequência, formulação, via de administração, duração de uso e indicação clínica. Devem ser analisados os problemas de saúde ativos e inativos e sua correspondência com os medicamentos prescritos.

Passo 2: Identificação dos medicamentos potencialmente inadequados.

Com o balanço dos riscos e benefícios, identificamos medicamentos de alto risco: anticolinérgicos, fármacos de estreita margem terapêutica, psicotrópicos, fármacos sem indicação ou usados fora da ficha técnica (*offlabel*), etc. Como já vimos, existem ferramentas para a identificação de medicamentos inadequados, como os critérios de Beers e os STOPP.

Passo 3: Determinação dos fármacos a serem desprescritos e as prioridades.

Antes de realizar a desprescrição, não poderemos ter certeza absoluta de que a retirada será benéfica e segura, especialmente pois são escassas as evidências sobre a desprescrição. Portanto, devemos apoiar-nos nas evidências, nos riscos e nas preferências do paciente.

Passo 4: Planejamento e início.

Muitos fármacos podem ser retirados de forma abrupta, mas outros não (ex: psicotrópicos e betabloqueadores). Existem três razões para reduzir gradualmente as doses de um fármaco antes de retirá-lo: prevenir síndromes de retirada; detectar precocemente a recorrência de sintomas; e para a comodidade do paciente. A retirada gradual e supervisionada ajuda também a reduzir os medos do paciente, melhorando a confiança e a relação entre o médico e a pessoa.

Passo 5: Seguimento, apoio e documentação.

Os objetivos do seguimento são: monitorar o surgimento de efeitos adversos (síndromes de retirada, recorrência da patologia), tornar explícito o caráter de cuidado ativo da desprescrição, valorizar a aceitação das recomendações por parte do paciente e intensificar a adesão ao plano de desprescrição, pois a eficácia da retirada estruturada costuma decair com o tempo.

Estes passos não são a única forma de descrever o processo de desprescrição, que pode também ser chamado de "*deprescribing*". Ainda que haja outras formas de

descrever estes passos, eles são semelhantes na literatura, pois envolvem os mesmos objetivos.



Leitura complementar: Devido aos riscos da polifarmácia serem maiores em idosos, é importante que continuemos estudando sobre a abordagem desta população específica no momento da desprescrição. Para aprofundar seus conhecimentos e conhecer outra forma de entender este processo, leia o artigo intitulado “Deprescribing no idoso” de Ivone dos Santos Martins (2013).

[Clique para ler.](#)

REFLEXÃO

A desprescrição é realizada no intuito de otimizar o tratamento medicamentoso e reduzir riscos para o paciente. Desta forma, podemos dizer que é uma intervenção isenta de riscos?



Assim como a prescrição e qualquer outra intervenção médica, a desprescrição não está isenta de riscos. É necessário considerar as possíveis complicações que podem surgir neste processo. Algumas destas complicações estão descritas a seguir, conforme Cobos et al (2019):

- **Síndrome de retirada:** é frequente em fármacos que agem sobre o sistema nervoso central, por exemplo, as complicações da retirada de antidepressivos inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), que ocorrem aproximadamente uma semana depois de tirar o fármaco, sendo leves e se resolvendo em 10 dias. Outro exemplo é a retirada de benzodiazepínicos, que se associam com uma síndrome de abstinência mais grave, com confusão mental, alucinações e convulsões. A interrupção abrupta da levodopa pode precipitar uma reação grave com características de síndrome neuroléptica maligna (SNM), que inclui rigidez muscular severa, disfunção autonômica e deterioração do nível de consciência. Nos pacientes que fazem uso de corticoides sistêmicos de forma contínua, a interrupção repentina pode conduzir a uma crise addisoniana secundária à supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal.

- **Efeito rebote:** é a reaparição, após a suspensão brusca do fármaco, dos sintomas em intensidade maior à apresentada previamente pelo paciente. Dessa forma, o término de um tratamento com betabloqueadores pode associar-se com o surgimento de taquicardia e hipertensão, que pode, por sua vez, agravar-se com um

quadro de insuficiência cardíaca ou cardiopatia isquêmica. A interrupção de omeprazol ou outros inibidores da bomba de próton (IBP) pode produzir uma hipersecreção ácida e o agravamento de sintomas gastrintestinais. A insônia de rebote é comum após a retirada de fármacos hipnóticos.

- **Desmascaramento de interações:** as interações farmacocinéticas devem ser consideradas no momento de retirar um fármaco. Por exemplo, se há suspensão do omeprazol em um paciente com uma dose estável de varfarina, o índice de normalização internacional (INR) pode diminuir, pois o omeprazol é um fármaco que inibe o metabolismo da varfarina.

- **Reaparição de sintomas:** é importante não interpretar um efeito rebote como uma recorrência dos sintomas da doença original. Isso é importante sobretudo com condições como a depressão tratada com fármacos, cuja retirada provocaria sintomas que podem ser confundidos com um efeito rebote da doença.

SAIBA MAIS



A desprescrição de benzodiazepínicos é bastante desafiadora na prática do médico da APS. Para aprofundar o manejo destas situações, leia os seguintes materiais: um algoritmo que orienta a desprescrição de agonistas dos receptores benzodiazepínicos (ARBZD) e de hipnóticos não benzodiazepínicos (também chamados de medicamentos Z - MZ), traduzido de Pottie et al. (2018); e uma orientação do TelessaúdeRS/UFRGS sobre a retirada destas medicações.

[Clique para ler “Algoritmo de Desprescrição de Benzodiazepínicos & Hipnóticos não benzodiazepínicos”.](#)

[Clique para ler “Como fazer a retirada de um benzodiazepínico?”.](#)

Encerramento da unidade

Caro profissional estudante,

Você chegou ao final da quarta e última unidade deste módulo, onde foi possível ter uma visão geral sobre a prescrição e a desprescrição de medicamentos, considerando alguns dos desafios que fazem parte destas intervenções médicas. Também foi possível exercitar o raciocínio prático de um profissional que atende pacientes em polifarmácia inadequada, situação bastante comum no nosso cotidiano da APS.

Durante seus atendimentos, quando for necessário iniciar ou retirar um medicamento, é importante que você lembre dos conceitos estudados neste módulo, mesmo que a análise dos riscos e benefícios da sua intervenção exija maior tempo na consulta. Ser criterioso neste momento certamente aumentará a chance de sucesso e evitará danos aos pacientes.

Encerramento do módulo

Caro profissional estudante,

Chegamos ao fim do módulo “Abordagem a sinais e sintomas gerais e inespecíficos”. Foram abordados importantes assuntos que percorrem nosso dia a dia como profissional na APS. O módulo iniciou com o processo de tomada de decisão na Medicina de Família e Comunidade, considerando a abordagem de quadros indiferenciados e inespecíficos na prática clínica, e foi possível estudar sobre o sintoma como diagnóstico e os sintomas clinicamente inexplicados. Em seguida definimos pontos importantes para o manejo dos pacientes com sinais e sintomas inespecíficos como: febre, dor, fraqueza, linfonodomegalia, tontura e síncope. O módulo também salientou a abordagem de pacientes em situações especiais, como aqueles considerados difíceis e com características desafiadoras. Estudamos a prescrição e desprescrição de medicamentos, com seus grandes desafios, dando especial atenção à segurança do paciente, à prescrição em idosos e à polifarmácia.

Espero que o estudo deste módulo tenha estimulado novos conhecimentos e habilidades que auxiliem no manejo da ampla e complexa demanda da Medicina de Família e Comunidade.

Por fim, não esqueça de se manter atualizado. A bibliografia utilizada para a elaboração deste módulo inclui livros e artigos que são referências na área da Medicina de Família e Comunidade, porém, passam por atualizações e revisões, conforme novas evidências surgem na literatura. Não considere os assuntos abordados como esgotados. Como médicos, temos a obrigação de permanecer em estudo ao longo de toda nossa vida profissional, ter crítica e discernimento a respeito das evidências que surgem no decorrer da prática médica, e, principalmente, manter o foco na pessoa que busca o cuidado na Atenção Primária à Saúde, com suas necessidades, anseios, e contexto de vida.

Estimo que você siga seus estudos com dedicação e persistência, tendo como diretriz a ética e o profissionalismo na sua carreira médica.

A conteudista.



Referências

UNIDADE 1:

FREEMAN, Thomas R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HEALTH, Iona. **Role of fear in overdiagnosis and overtreatment—an essay by Iona Heath**. BMJ 2014; 349: g6123.

LUCASSEN, P; VAN BOVEN, K. **Sintoma como diagnóstico**. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

McWHINNEY, IR. **Problem-solving and decision-making in family practice**. Can Fam Physician. Vol 25: December, 1979.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3a. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

UNIDADE 2:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Leptospirose: diagnóstico e manejo clínico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Secretaria de vigilância em Saúde/MS – **Hepatites virais**. Brasília-DF, editora MS, 2007.

CAVALCANTI, E. F. A. **Linfonodomegalia**. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

Consenso Brasileiro para a Normatização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico versão 1.13. Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), 2016.

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J; DUNCAN, M. S; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HERSCH, EC; OH, RC. **Prolonged Febrile Illness and Fever of Unknown Origin in Adults**. Am Fam Physician. 2014 Jul 15;90(2):91-96.

JANTSCH A. G; FERREIRA, L. V. M. V, IZOLANI, G. V. **Tontura e vertigem.** In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

JÚNIOR, L. H. J, BRITO, P. L. J; NETO, L. H. J. **Abordagem da dor aguda.** In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

LAMBERTUCCI, J. R; ÁVILA, R. E; VOIETA, I. **Febre de origem indeterminada em adultos.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 38(6):507-513, nov-dez, 2005.

MERSKEY, N. B; BOGDUCK, N. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.** 2nd ed. Seattle: IASP; 1994.

MUNCIE, H. L, SIRMANS, S. M; JAMES, E. **Dizziness:** Approach to Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2017 Feb 1;95(3):154-162. PMID: 28145669.

SCHESTATSKY P, FÉLIX-TORRES V, CHAVES ML, CÂMARA-EHLERS B, MUCENIC T, CAUMO W, et al. **Brazilian Portuguese validation of the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs for patients with chronic pain.** Pain Med. 2011;12(10):1544-50.

SILVA, Marina Gabriela de Oliveira. **Tontura periférica x tontura central:** aprenda como diferenciá-las. Portal PEBMED, outubro de 2018. Disponível em: <https://pebmed.com.br/tontura-periferica-x-tontura-central-aprenda-como-diferencia-las/>. Acessado em 03 de fevereiro de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS. **RegulaSUS:** protocolos de encaminhamento para hematologia adulto [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_hematologia_20161108.pdf. Acessado em 21 de fevereiro de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS. **Quais as causas e qual a investigação inicial de linfonodomegalia periférica?** (Teleconsultoria respondida por Luíza Emília Bezerra Medeiros), TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/linfonodos/>. Acessado em 25 de fevereiro de 2021.

World Health Organization (WHO). **Cancer pain relief:** with guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: WHO; 1996.

YOUNGER J, MCCUE R, BA, MACKEY S. **Pain Outcomes**: A Brief Review of Instruments and Techniques. Curr Pain Headache Rep. 2009 February ; 13(1): 39–43.

ZANOLI, R.A, DALLA, M. D. B. **Cuidados e orientações para procedimentos e exames**. In: : GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

UNIDADE 3:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 28 - **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica, volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARRAPIÇO, E; RAMOS, V. **Pessoas consideradas doentes difíceis**. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C ; STEFANELLI, M. C. **Comportamento manipulativo e relacionamento terapêutico**. Rev. Esc. Enf. USP São Paulo, 16: 67-74, 1982.

LE SENECHAL-MACHADO, Ana Maria. **O processo de persuasão e o comportamento de persuadir**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 17, n. 3, p. 28-34, 1997.

MANTOVANI, Célia et al. **Manejo de paciente agitado ou agressivo**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 32, supl. 2, p. S96-S103, Oct. 2010 .

PENDLETON D, SCHOFIELD T, TATE P, HAVELOCK, P. **A nova consulta**: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, V.; CARRAPIÇO, E. **Pessoas que consultam frequentemente**. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

UNIDADE 4:

American Geriatrics Society 2019 **Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults**. J Am Geriatr Soc. 2019 Apr;67(4):674-694. doi: 10.1111/jgs.15767.

COBOS, EMP; ROLDÁN, JIJ; GAVILÁN, E. **Desprescrição de medicamentos na atenção primária à saúde**. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Forma-

ção e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. **Inappropriated prescribing in elderly.** J Clin Pharm Ther. 2007; 32(2):113-21.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS DE USO HOSPITALAR E AMBULATORIAL - LISTAS ATUALIZADAS 2015. Boletim ISMP, vol 4, no. 3. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>>.

Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

LAPORTE, J-R; HEALY, D. **In the midst of the SARS-CoV-2 pandemic, caution is needed with drugs that increase the risk of pneumonia:** Data-based Medicine Americas Ltd; 2020.

NETO, L. M. R; COSTA JUNIOR, V. L, CROZARA, M. A. **Interações medicamentosas potenciais em pacientes ambulatoriais.** O Mundo da Saude. 41(1):107-115; 2017

MARTINS, IS. **Deprescribing no idoso.** Rev. Port Med Geral Fam 2013; 29:66-9

MCGRATH, K; HAJJAR, E. R; KUMAR, C; HWANG, C; SALZMAN, B. **Deprescribing:** A simple method for reducing polypharmacy. J Fam Pract. 2017 Jul;66(7):436-445.

MCKEIGUE, P. M; KENNEDY, S; WEIR, A. et al. **Relation of severe COVID-19 to polypharmacy and prescribing of psychotropic drugs:** the REACT-SCOT case-control study. BMC Med 19, 51 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01907-8>

O'MAHONY D, O'SULLIVAN D, BYRNE S, et al. **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people:** version 2. Age and Ageing 2015; 44: 213–218. doi: 10.1093/ageing/afu145

O'MAHONY D, GALLAGHER P, RYAN C, BYRNE S, HAMILTON H, BARRY P, et al. **STOPP & START criteria:** A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. European Geriatric Medicine, Volume 1, Issue 1, 2010, Pages 45-51.

OLIVEIRA, Márcio Galvão; AMORIM, Welma Wildes; BORJA-OLIVEIRA, Caroline Ribeiro de; et al. **Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos.** Geriatrics, Gerontology and Aging, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1-14, 2016. DOI: 10.5327/Z2447-211520161600054

POTTIE K, THOMPSON W, DAVIES, S, et al. **Deprescribing benzodiazepine receptor agonists:** Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2018;64:339-51.

ROSA, Andressa Stella Kuhn Correia da et al. **Identification of inappropriate prescribing in a Geriatric outpatient clinic using the Criteria Stopp Start.** Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 19, n. 5, p. 871-879, Oct. 2016 .

SCHWEITZER PB, SUBTIL C, MEDEIROS RCT, OZÓRIO JCC. **Prescrição de medicamentos na atenção primária à saúde.** In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C., DIAS, Lêda C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS. **Como fazer a retirada de um benzodiazepínico?** (Teleconsultoria respondida por Mário Tregnago Barcellos), TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/ps-ansioliticos-benzodiazepinicos-dependencia/>. Acessado em 28 de junho de 2021.

WHO. **5 Moments for medication safety.** WHO/HIS/SDS/2019.4 Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en>. Acesso em 05/07/19

WHO. **Medication Safety in Transitions of Care.** Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. **Medication Safety in Polypharmacy.** Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.11). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Biografia da conteudista

Brenda Wander possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA, 2007), Residência em Medicina de Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (2010), e Mestrado em Saúde da Família pela UFCSPA (2019). Possui experiência em clínica, tendo atuado por 12 anos em Estratégia de Saúde da Família; em preceptoria, tendo atuado como preceptora do internato de Medicina de Família e Comunidade por 6 anos; e em educação a distância, tendo atuado em diversos momentos como tutora, conteudista e coordenadora de tutoria, além de aluna. Foi consultora médica de projetos no Hospital Moinhos de Vento (responsabilidade social - PROADI-SUS) e atualmente é professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Endereço do currículo na plataforma lattes: <http://lattes.cnpq.br/4864339185982541>

DISQUE SAÚDE **136**

Programa Mais Médicos para o Brasil

EIXO 4 | ATENÇÃO À SAÚDE

MÓDULO 12

Abordagem a problemas gerais e inespecíficos

2ª edição

REALIZAÇÃO

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

UFCSPA

UNASUS
Universidade Aberta do SUS

FIOCRUZ

MAIS
MÉDICOS
PARA O BRASIL

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO