

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ**

Livia Maria Borsato Mottin

**Manual do Residente de Medicina de Família e
Comunidade: Abordagem a problemas gerais e
inespecíficos**

Campo Grande
2023

Livia Maria Borsato Mottin

**Manual do Residente de Medicina de Família e
Comunidade: Abordagem a problemas gerais e
inespecíficos**

Monografia apresentada como requisito para a
obtenção do título de Médico de Família e
Comunidade ao Programa de Residência em
Medicina de Família e Comunidade da
Secretaria Municipal de Saúde de Campo
Grande/ Fiocruz.

Orientadora: MFC Maria Carolina Oliveira do Amaral Camargo

Campo Grande
2023

RESUMO

MOTTIN, Livia Maria Borsato; AMARAL, Maria Carolina Oliveira do. **Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade**: abordagem a problemas gerais e inespecíficos. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande. **Objetivo**: elaborar um Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade, a fim de facilitar a consulta de informações rápidas e relevantes diante das principais patologias encontradas na Atenção Primária. **Métodos**: a elaboração do capítulo contou com revisão bibliográfica crítica e atualizada sobre abordagem a problemas gerais e inespecíficos mais frequentes na Atenção Primária, contribuindo para a construção do Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade. **Resultados**: produção do capítulo de abordagem a problemas gerais e inespecíficos com base na literatura, abrangendo temas de sintomas clinicamente inexplicados, síncope e desmaio, abordagem à dor aguda e crônica, linfonodomegalia e prescrição e desprescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde. **Considerações finais**: a elaboração do manual e de tal capítulo favorece residentes de Medicina de Família e Comunidade, além de outros médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde, tendo ao dispor um arsenal de literaturas atualizadas e validadas para consultas rápidas referente aos problemas gerais e inespecíficos, auxiliando na determinação de diagnósticos e condutas baseados em evidências científicas.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Geral e inespecífico; Sintomas clinicamente inexplicados; Síncope; Dor; Linfonodomegalia; Prescrição e desprescrição de medicamentos.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a grande maioria dos profissionais da comunidade médica busca a superespecialização, fragmentando o cuidado do paciente e desprezando a integralidade. Entretanto, o profissional da Atenção Primária à Saúde tem como principal objetivo tratar o paciente como um todo, valorizando a interação corpo-mente-alma, assegurando seu bem-estar físico e emocional.

Os médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde frequentemente se deparam com queixas inespecíficas trazidas pelo paciente, assim como sinais ou sintomas gerais, muitas vezes sem explicação clínica. A procura pelo atendimento médico, muitas vezes, não se deve ao sintoma em si, mas sim pela sua intensidade e preocupação gerada no paciente. Corriqueiramente, muitas dessas queixas não recebem um diagnóstico preciso, por dificuldade de abordagem e conduta frente a estes casos.

Considerando o problema em questão, este capítulo trata de sinais e sintomas inespecíficos, onde se propõe a melhor abordagem e investigação para tal quadro. Serão abordadas condutas frente a sintomas clinicamente inexplicáveis, síncope e desmaio, abordagem à dor aguda e crônica, investigação de linfonodomegalia, além de prescrição e desprescrição de medicações, uma vez que a polifarmácia é um problema de saúde pública afetando principalmente a população idosa. A relevância da discussão de tais temas inespecíficos no contexto de Atenção Primária à Saúde é indiscutível, sendo o profissional assistencialista responsável por identificar o problema, realizar uma abordagem digna e conduta satisfatória.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como auxiliar o estudo de médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade no que diz respeito a problemas gerais e inespecíficos?

HIPÓTESE

Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade: abordagem a problemas gerais e inespecíficos.

OBJETIVO PRIMÁRIO

A construção do Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade visa organizar, facilitar e apoiar o estudo de médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade, assim como médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde, auxiliando na melhor abordagem, investigação, diagnóstico e conduta frente aos problemas mais comuns encontrados na prática clínica.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Neste capítulo, serão abordados temas gerais e inespecíficos frequentes na prática da Atenção Primária à Saúde, assim como condutas propostas para tais problemas.

MÉTODOS

A elaboração do capítulo contou com revisão bibliográfica criteriosa sobre abordagem a problemas gerais e inespecíficos mais frequentes na Atenção Primária, contribuindo para a construção de um material didático: o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade. Para a escolha da bibliografia, foram lidos e selecionados artigos nas principais base de dados, manuais e protocolos que contribuem e abordam os tópicos mais corriqueiros dentro deste vasto tema, além de consulta nos livros vastamente conhecidos e utilizados como alicerce literário na prática do Médico de Família e Comunidade. Critérios de inclusão e exclusão, riscos e benefícios não se aplicam neste desenho de estudo.

RESULTADOS

1. ABORDAGEM A PROBLEMAS GERAIS E INESPECÍFICOS

1.1 Sintomas clinicamente inexplicados

Definições

Queixas não explicadas por uma doença aparente são frequentes na rotina do médico de família e comunidade. Os sintomas sem explicações médicas tornam-se corriqueiros na atenção primária e na população em geral, muitas vezes sobrepostos ao sofrimento mental e transtornos psiquiátricos comuns.^{1,3} São descritos como percepções somáticas persistentes ou conjunto de sintomas autolimitados para quais o exame clínico não revela uma explicação médica ou fisiopatológica orgânica.³

Muitas vezes, consideramos difíceis os pacientes com sintomas clinicamente inexplicados persistentes, rotulando-os como problemas psicológicos, “poliqueixosos” ou que possuem “demanda oculta”, o que facilmente cria barreiras por descredibilizar a queixa do paciente.¹ Diante disso, pode ocorrer insatisfação do atendimento de ambos os lados, uma vez que médicos assistencialistas tendem a explorar de maneira mais superficial os sintomas clinicamente inexplicados enquanto os pacientes cobram por diagnósticos/cura e pressionam por intervenções frequentemente desnecessárias.^{1,2}

A procura pelo atendimento médico, muitas vezes, não se deve ao sintoma em si, mas sim pela sua intensidade e preocupação gerada no paciente. Dentre os sintomas mais relatados, encontramos fadiga, dor e tontura.¹

Esses pacientes são funcionalmente prejudicados e correm o risco de intervenções desnecessárias com solicitação de exames sem indicação, encaminhamentos dispensáveis e tratamentos prejudiciais. Além disso, escassos recursos de saúde são desperdiçados sem benefício clínico.^{1,2}

Possíveis causas

As causas dos sintomas clinicamente inexplicados podem ser embasadas em fatores relacionados ao paciente e ao médico. Dos fatores relacionados ao paciente, temos¹:

1. Fatores predisponentes: tornam o paciente mais vulnerável aos sintomas, como experiências traumáticas na infância, influências genéticas e neuroticismo (pessoas que expressam com mais facilidade os sentimentos negativos como raiva, tensão, culpa, ansiedade etc).
2. Fatores precipitantes: fatores que desencadeiam a queixa, como eventos vitais em que pessoas necessitam realizar escolhas difíceis, expondo o paciente a altos níveis de estresse por um período longo de tempo. Além de doenças somáticas que desenvolvem sequelas posteriores como Síndrome da Fadiga após infecção por Epstein Barr ou Síndrome do Chicote após acidente de carro, condições que podem permanecer por longos períodos sem terapêutica assertiva.
3. Fatores perpetuadores: relacionados aos motivos que dificultam a resolução dos sintomas. Pacientes podem experimentar alto nível de sensibilização, diminuindo o limiar de dor ao estímulo, além do estado de atenção tornar-se mais aguçado, procurando dores pelo próprio corpo, o que pode gerar inatividade física para evitar novos processos geradores de dor, piorando a condição física do paciente.

Em relação aos fatores relacionados aos médicos, sabemos que a deslegitimização e preconceito em referência ao sintoma não explicado são pontos chaves, uma vez que a superficialização da abordagem torna-se problemática, provocando consultas frequentes, comunicação ineficaz, procedimentos e exames desnecessários, gerando insatisfação por ambas as partes.¹

Há necessidade de considerar o sintoma como integrante dos sintomas somáticos, uma vez que são comuns em condições psiquiátricas como ansiedade e transtornos depressivos, os quais paciente experimentam, na maioria das vezes (50 a 70%), sintomas somáticos como uma das primeiras desordens.³

Abordagem

Considerando que somos uma unidade corpo-mente, os sintomas ocasionados através de “somatização” devem ser igualmente abordados como os sintomas explicados clinicamente. O sofrimento psicossocial é legítimo e pode ocasionar sintomas corporais que vêm carregados de pensamentos e medos; cabe

ao médico reconhecer e abordar de maneira ideal evitando exposição desnecessária a intervenções e provável insatisfação da consulta.¹

Preparar-se para a consulta é essencial, principalmente quando o paciente já é conhecido por apresentar um sintoma persistente. A anamnese e exame físico devem ser direcionados para a queixa do paciente, elevando o nível de confiança do paciente pela valorização do sintoma. A abordagem sobre o impacto que essa queixa tem sob sua vida e no ambiente em que está incluído é fundamental. A atenção aos detalhes e indícios que o paciente traz são importantes para o diagnóstico de um sintoma sem explicação clínica. Realizar perguntas pressupondo a causa, como “como está o trabalho?” ou “como está a família?” costuma ser contraprodutivo e cria a sensação de descredibilidade do sintoma pelo médico.¹

A explicação sobre o que está acontecendo é de extrema importância. É necessário acalmar o paciente sobre o que mais lhe aflige, geralmente captado durante a utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa. Se o paciente está com medo de estar com câncer, utilize “você não tem nenhum câncer”, mas somente utilize se o paciente verbalizar tal medo. afirmar isso sem o paciente questionar irá piorar a situação, pois ele desconfiará que o médico assistencialista considerou tal suspeita. Valorize a queixa do paciente, mas explique que não foram achadas explicações para tal queixa e que, provavelmente, não seja nada grave.^{1,2}

Os elementos mais importantes na gestão dos sintomas sem explicação médica na atenção primária são⁴:

1. Criar um ambiente terapêutico seguro através de uma boa comunicação médico-paciente e uma relação médico-paciente eficaz;
2. Realizar intervenções genéricas, como entrevistas motivacionais, dando explicações tangíveis ao problema e garantias ao paciente;
3. Realizar intervenções específicas, como abordagens cognitivas e considerar farmacoterapia.

Em geral, os sintomas clinicamente inexplicados são solucionados espontaneamente no período de 4 semanas.¹ É importante que o médico seja otimista sobre o desfecho do quadro, dando ao paciente apoio e garantia de ser positivo quanto ao prognóstico. A boa relação médico-paciente, decisão compartilhada, boa comunicação e suporte emocional ao paciente se mostraram efetivos para diminuir a cronicidade dos sintomas.⁵

A importância do ambiente terapêutico, a relação e a comunicação médico-paciente e as intervenções genéricas indicam um foco relevante para médicos de família e comunidade no gerenciamento de sintomas sem explicações clínicas, uma vez que esses fatores se enquadram bem no domínio e nos princípios da atenção primária.^{1,2} O médico como remédio, como Balint afirmava anos atrás, ainda pode ser a intervenção mais eficaz para pacientes com sintomas clinicamente não explicados.¹

Indicações de Exames e Prevenção Quaternária

Os exames adicionais devem ser solicitados de forma criteriosa, sempre explicando ao paciente o motivo das solicitações. A chance de gerar resultados falso-positivos é grande e o médico deve estar preparado para discuti-los com o paciente, evitando procedimentos médicos e exames invasivos desnecessários.¹

Quando encaminhar para o Especialista Focal

A abordagem específica compreende psicoterapia utilizando a terapia cognitiva-comportamental como método de escolha, podendo ou não ser associado a medicações antidepressivas.¹ Alguns estudos mostram que os antidepressivos e terapia cognitivo-comportamental (TCC) são eficazes no tratamento de sintomas inexplicados persistentes, melhorando os sintomas e o estado funcional e reduzindo a angústia. Entretanto, a aplicabilidade da TCC é limitada, uma vez que muitos pacientes não aceitam pois não consideram que suas queixas tenham fatores psicológicos.^{1,2,3}

Dessa forma, a avaliação psicológica e psiquiátrica é de grande valia quando os sintomas possuem características de cronicidade e as intervenções em ambiente de Atenção Primária não surtirem efeito, evitando o desgaste da relação médico-paciente devido insatisfação das terapias já experimentadas.³

1.2 Síncope e desmaio

Definições

Síncope ou desmaio caracteriza-se pela perda de consciência de maneira transitória e súbita, ocasionada por hipoperfusão cerebral breve, acompanhada por perda de tônus postural, podendo levar à queda. A recuperação é rápida e

espontânea, sem intervenções médicas, com duração de 20 segundos até 5 minutos, sem sequelas neurológicas.^{1,6,7}

A síncope é sempre ocasionada por má perfusão cerebral devido a patologia a ser diagnosticada. Portanto, trata-se de um sintoma, o qual nem sempre ocorre de maneira completa, podendo levar a perda de consciência parcial (pré-síncope ou lipotimia). De maneira geral, a síncope e a lipotimia merecem igual investigação.¹

A importância do estudo de investigação de síncope na Atenção Primária se dá na prevalência do sintoma: cerca de 75% dos pacientes acima de 70 anos apresentam um episódio de síncope. Ocorre de maneira mais frequente em mulheres e a incidência aumenta conforme o avançar da idade.¹

Anamnese e Exame Físico

Em geral, uma boa coleta de história clínica associada ao exame físico auxilia na identificação do provável diagnóstico. Ao entrevistar o paciente, deve-se ter a certeza de que se trata de um caso de síncope, questionando as circunstâncias que precederam o evento e o relato de terceiros que presenciaram o episódio.⁶

As circunstâncias e características da síncope devem ser definidas durante a anamnese, verificando recorrência, fatores precipitantes, pródromos, relação com atividade física ou refeição, posição, aparência, presença de movimentos anormais, liberação esfíncteriana, situação dos olhos, período de recuperação e estado mental.⁶

Os antecedentes pessoais devem ser valorizados, questionando presença de cardiopatias e doenças de base, além do uso de álcool, drogas ilícitas e medicações em uso (com atenção para polifarmácia, principalmente no idoso). A história de recorrência da síncope é importante, uma vez que pacientes com mais de cinco episódios de síncope em 1 ano têm maior probabilidade de ter síncope vasovagal ou algum diagnóstico psiquiátrico do que cardiopatia como causa.^{6,7} A história familiar deve ser coletada, levando-se em conta principalmente histórico de morte súbita ou outras cardiopatias conhecidas.¹

O exame físico deve ser realizado de maneira direcionada, atentando-se à aparência física, hidratação, coloração de mucosas, perfusão capilar, sinais de trauma, ausculta cardiopulmonar e sinais vitais.^{1,6} A evidência de trauma facial e craniano sem achados de lesões defensivas nas mãos ou joelhos sugere provável

evento súbito como arritmia. A presença de sinais de depleção de volume como axilas secas, mucosas desidratadas, olhos fundos, associado à história clínica pode direcionar para hipovolemia e distúrbios hidroeletrolíticos. A auscultação cardiopulmonar pode evidenciar arritmias, assim como hiperventilação, sugerindo transtorno de ansiedade.^{6,7}

A pressão arterial deve ser aferida em posição supina e após 3 minutos de posição ortostática. A hipotensão ortostática/postural é definida por uma queda da pressão arterial sistólica (PAS) de maior ou igual a 20 mmHg ou PAS abaixo de 90 mmHg associado a sintomas.⁶

Diagnóstico e Classificação

Primeiramente, as sínopes podem ser divididas em traumáticas e não traumáticas, devendo-se excluir as patologias não traumáticas que podem ocasionar perda de consciência como convulsões, hipoglicemia, acidente vascular encefálico, intoxicações agudas e pseudo sícope psicogênica.⁶

O diagnóstico etiológico é importante devido ao prognóstico da patologia. Entretanto, apesar da extensa investigação, cerca de até um terço das sínopes (13-31%) continuam sem diagnóstico explicável.⁶

São diversas as etiologias da sícope não relacionadas ao trauma conforme o *Framingham Heart Study*, sendo as principais divididas em 3 grandes grupos: neuromediada (reflexa), ortostática e cardíaca (tabela 1).⁶

Tabela 1 – Classificação da sícope

Neuromediada (reflexa)	Orthostática	Cardíaca
• Vasovagal	• Induzida por medicações	• Bradicardia
• Situacional	• Hipovolemia	• Taquicardia
• Síndrome do seio carotídeo	• Disfunção autonômica	• Estrutural

Fonte: Adaptado de *Medicina de Emergência: abordagem prática*, 2022.⁶

As sínopes neuromediadas são as causas mais frequentes na população, tanto em ambulatório quanto em ambiente hospitalar, possuem caráter benigno e

não interferem na mortalidade. Ainda pode ser subdividida em síncope vasovagal, situacional ou hipersensibilidade de seio carotídeo.⁶

A síncope vasovagal é geralmente precedida por sudorese, calor, náusea e palidez. Ocorre quando há predomínio do tônus parassimpático, em momentos de estresse, medo, dor ou situação ortostática prolongada e em locais lotados ou quentes.^{6,7}

A síncope situacional pode ocorrer durante ou imediatamente após tosse, riso, deglutição, micção, defecação ou pós-esforço físico.⁶

Outra variante das síncope neuromediadas é a hipersensibilidade do seio carotídeo. Acontece através do estímulo mecânico local em pessoas que possuem barorreceptores anormalmente sensíveis localizados no seio carotídeo, através de atos como se barbear ou virar a cabeça. É mais comum em homens e idosos, deve ser particularmente considerada em pacientes idosos com síncope recorrentes com avaliação cardíaca normal.^{6,7}

A síncope por hipotensão ortostática é desencadeada através da insuficiência na resposta autonômica durante a mudança de posição, gerando diminuição da perfusão cerebral. O início dos sintomas geralmente acontece dentro dos primeiros 3 minutos após a pessoa assumir a postura vertical, podendo ser atrasada em alguns pacientes. As causas da hipotensão incluem hipovolemia, uso de medicações vasodilatadoras (como anti-hipertensivos, diuréticos e bloqueadores alfa-adrenérgicos), além da disfunção autonômica decorrente de doenças crônicas, como a doença de Parkinson, Diabetes e outras neuropatias.⁶

A síncope de origem cardíaca possui taxa de mortalidade superior a 10% em 6 meses, por isso deve ser sempre investigada. Podem ser divididas em duas categorias, as doenças cardíacas estruturais e arritmias. No grupo das doenças cardíacas estruturais incluem estenose aórtica grave, cardiomiopatia obstrutiva hipertrófica, embolia pulmonar e infarto agudo do miocárdio. Tais eventos são geralmente precedidos de sintomas prodrônicos, diferente das arritmias, as quais acontecem de maneira súbita.⁶

Sinais de Alarme

A síncope pode ser desencadeada por condições potencialmente fatais, os quais devem ser imediatamente identificados durante a coleta da história clínica e exame físico.⁶ Os achados de dispneia, dor torácica, hipotensão (PAS < 90mmHg),

história clínica ou ECG sugestivos de síncope arritmogênica, história familiar de morte súbita, idosos, sinais ou exames evidenciando doença cardíaca estrutural severa devem ser valorizados e prontamente direcionados à atenção hospitalar ou pronto-atendimento.^{1,6}

Indicação de Exames e Prevenção Quaternária

O eletrocardiograma (ECG) deve ser sempre realizado para investigação, pela sua facilidade, baixo custo e baixo risco ao paciente. Em pacientes com problemas cardíacos, 90% dos ECGs serão alterados, entretanto, na população geral, o ECG evidencia o diagnóstico somente em 2 a 9% dos casos, sendo que esse número se torna menor em pacientes com menos de 40 anos de idade. Um ECG sem alterações demonstra um risco menor de eventos adversos relacionados à síncope.^{1,6}

Os seguintes achados eletrocardiográficos poderiam explicar a síncope⁶:

- Taquicardia ventricular não sustentada;
- Bloqueios bifasciculares (bloqueio de ramo direito ou esquerdo combinado com bloqueio fascicular);
- Bradicardia sinusal menor que 50 batimentos por minuto ou bloqueio sinoatrial em paciente sem uso de medicações que diminuam frequência cardíaca;
- Complexo QRS com pré-excitação;
- Intervalo QT curto ou prolongado;
- Padrão de Brugada;
- Displasia arritmogênica de ventrículo direito (grandes ondas T negativas em V1 a V3; extrassístoles com morfologia de bloqueio de ramo direito; taquicardia ventricular do tipo via de saída de ventrículo direito).

Os demais exames complementares serão solicitados conforme a história clínica e o exame físico. Os exames mais requisitados como tomografia computadorizada de crânio ou tórax, ecocardiograma, enzimas cardíacas, ultrassom doppler de carótidas influenciam a conduta em menos de 5% dos casos de síncope, mostrando que a entrevista clínica e o exame físico são peças fundamentais e muitas vezes não valorizadas pelos médicos da Atenção Primária.⁶

A tomografia de crânio, ressonância magnética de crânio e USG doppler de carótidas devem ser evitados em pacientes sem sinais neurológicos. Já o ecocardiograma deve ser solicitado na certeza de presença de doença cardíaca, história sugestiva de doença cardíaca ou alteração encontrada através do ECG.^{1,6}

A investigação mais aprofundada deve ser realizada conforme a estratificação de risco do paciente em questão (tabela 2), estimando se há probabilidade aumentada ou diminuída para o evento ser de origem cardiovascular.⁶

Tabela 2 - Estratificação de risco

ALTO RISCO	BAIXO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Idade maior que 60 anos • Sexo Masculino • História de doença cardíaca isquêmica estrutural, cardiopatia congênita, arritmia prévia ou redução de fração de ejeção • Pródromo breve como palpitações ou ausência de pródromos • Síncope associado ao esforço físico • Síncope deitado • Poucos episódios de síncope • Exame cardíaco anormal • História familiar de morte súbita 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de conhecimento de cardiopatias • Gatilhos situacionais como tosse, riso, micção, defecação ou deglutição • Episódios de síncope apenas em pé ou mudança postural ou rotação de cabeça • Gatilhos específicos como dor, desidratação, ambiente médico, estresse intenso • Episódios recorrentes semelhantes • Eletrocardiograma normal • Exame físico normal

Fonte: Adaptado de *Medicina de Emergência: abordagem prática*, 2022.⁶

Tratamento

O tratamento deve ser orientado através do diagnóstico e da classificação da síncope, valorizando a estratificação do paciente entre alto risco e baixo risco para definição do local de tratamento (ambulatorial ou hospitalar).^{6,7}

Dentre as causas mais frequentes de síncope está a síncope vasovagal, a qual raramente necessita de tratamento específico. Os pacientes devem ser orientados quanto à benignidade do quadro e possibilidade de repetição, além de instruções de realização de manobras de contrapressão e identificação dos gatilhos que predispõem tal evento.⁶

No caso da hipotensão ortostática, as manobras de contrapressão também devem ser orientadas, assim como manter-se bem hidratado. A identificação de medicações ou condições de saúde que podem predispor a ocorrência de síncope deve ser cuidadosamente avaliada.⁶ A síncope de origem cardíaca geralmente será tratada através do especialista focal, devido à complexidade de alguns achados ao ECG e possibilidade de alterações estruturais cardíacas.^{6,7}

Quando encaminhar para Emergência

É importante diferenciar as causas benignas das potencialmente fatais, estratificando se a investigação deve ser feita a nível ambulatorial ou hospitalar, além de fatores que poderiam justificar o referenciamento para atenção secundária ou terciária.¹

Em geral, pacientes com diagnóstico de uma causa de síncope de alto risco de mortalidade devem ser avaliados no Departamento de Emergência e a internação deve ser considerada em pacientes com síncope de origem cardíaca.¹

Os achados de dispneia, dor torácica, hipotensão (PAS < 90mmHg), história clínica ou ECG sugestivos de síncope arritmogênica, história familiar de morte súbita, idosos, sinais ou exames evidenciando doença cardíaca estrutural severa, torna-se necessário o referenciamento à emergência, após devida estabilização em ambiente de Atenção Primária com os recursos disponíveis.¹

Quando encaminhar para Especialista Focal

A depender da hipótese diagnóstica, o referenciamento ao especialista focal é imprescindível para realização de investigação aprofundada e tratamento específico, entretanto, somente deve ser realizado o encaminhamento ambulatorial em pacientes que não estão em risco de morte prévia ou futura.⁶

Pacientes com episódios frequentes de síncope e os que possuem ocupações de alto risco (como motoristas e pilotos) devem ser afastados de seus trabalhos até a avaliação do especialista focal.^{1,6}

A síncope de origem cardíaca frequentemente é referenciada para tratamento inicial e avaliação com especialista focal (cardiologista).^{1,6} Entretanto, mesmo com o referenciamento, a Atenção Primária tem o papel de realizar o acompanhamento longitudinal do paciente, garantindo o cuidado integral e diminuição de riscos de

morbimortalidade, atuando juntamente com familiares e amigos próximos ao paciente.¹

1.3 Abordagem à dor

Definições

Por definição, reformulada em 2020 pela Associação Internacional para Estudo da Dor, a dor pode ser conceituada como *“uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”*.^{2,8}

Trata-se de um sintoma subjetivo de caráter afetivo-emocional, com interpretação individual sujeita a influência de diversos fatores como experiência pessoal prévia, herança genética, alimentação, hábitos culturais e religiosos, doenças crônico-degenerativas, dentre outros.^{1,6} É uma das principais queixas clínicas referida pelo paciente ao Médico de Família e Comunidade, o qual tem o dever de identificar, estratificar e tratar de maneira eficaz, aliviando o sofrimento do paciente, seus familiares e até mesmo a equipe assistente.^{1,9}

A dor mal tratada ou mal controlada traz prejuízos imensos ao paciente e ao seu contexto social, podendo levar ao desenvolvimento de distúrbios de humor e ansiedade, muitas vezes relacionados à disfunção dos neurotransmissores que participam do mecanismo da dor. Além do sofrimento gerado, também pode predispor ao surgimento de outras enfermidades pela interferência ao sistema imune.^{1,10}

Classificação e neurofisiologia

Apesar de possuir diversos componentes, a dor é classificada principalmente quanto à origem do estímulo que a desencadeia, podendo ser nociceptiva, neuropática, central ou mista. Também pode ser caracterizada por fatores temporais, incluindo dor aguda e crônica.⁶

A dor nociceptiva acontece através da estimulação de receptores periféricos (como nociceptores, terminações nervosas livres e fibras C e A-delta), os quais estimulam a liberação de neurotransmissores no corno dorsal da medula espinhal, que transmitem a mensagem até o encéfalo, onde o estímulo é interpretado, gerando a sensação subjetiva da dor.⁶ Esse mecanismo é diretamente associado ao estímulo agudo como lesão tissular, doença ou inflamação, por exemplo.^{1,6}

A dor nociceptiva pode ser somática ou visceral, sendo a primeira de característica bem localizada, incômoda, em pontada, pulsátil ou aperto. Já a dor visceral transmite sensação de pressão ou plenitude mal localizada, podendo também gerar dor somática referida, quando ocorre convergência dos estímulos viscerais e somáticos para um destino final comum. Por exemplo, o estímulo de fibras cardíacas durante um infarto agudo do miocárdio transmite sinapses que realizam convergência com sinais nociceptivos da dor muscular profunda do ombro e do braço, caracterizando a sintomatologia suspeita.⁶

A dor neuropática deriva de lesão ou transtorno do próprio sistema nervoso periférico ou central, causada por trauma direto, inflamação, infecções como Herpes Zoster, doenças metabólicas como Diabetes Mellitus ou até mesmo doenças neurológicas primárias. Geralmente, acompanha o trajeto do nervo ou a raiz do nervo afetado, apresentando dor localizada ou disseminada. As dores neuropáticas são referidas como queimação, parestesia, choque, pontada de forte intensidade, persistente, gerando profundo incômodo no paciente.^{1,6}

Ademais, a dor central é caracterizada por danos ao sistema nervoso central, afetando cérebro, tronco encefálico e medula espinhal. Condições como traumatismo crânioencefálico, esclerose múltipla, tumor, doença de Parkinson e acidente vascular encefálico são potenciais etiologias e, normalmente, a dor central ocorre logo após a instalação da lesão. Todavia, em alguns casos, a dor pode ser adiada por meses ou anos, principalmente após episódio de acidente vascular encefálico. Alguns estudos já apontam a fibromialgia como dor de origem central.⁶

A dor central é frequentemente associada com hiperalgesia e alodinínia, percebida principalmente como queimação persistente com exacerbações, afetando uma área específica do corpo ou de maneira disseminada.⁶

A dor mista, por sua vez, trata-se do tipo mais frequente na prática médica clínica. É caracterizada como dor que envolve mais de um componente referido anteriormente.¹

A dor também pode ser classificada como aguda ou crônica. Entretanto, a cronicidade não é correlacionada apenas ao tempo de duração e sim ao aspecto persistente da dor além do tempo razoável para a cura de uma lesão.^{1,2,6}

A dor aguda tem início súbito e limitado, geralmente surge na presença de lesão e pode ser interpretado como sinal de alerta de disfunção no organismo.

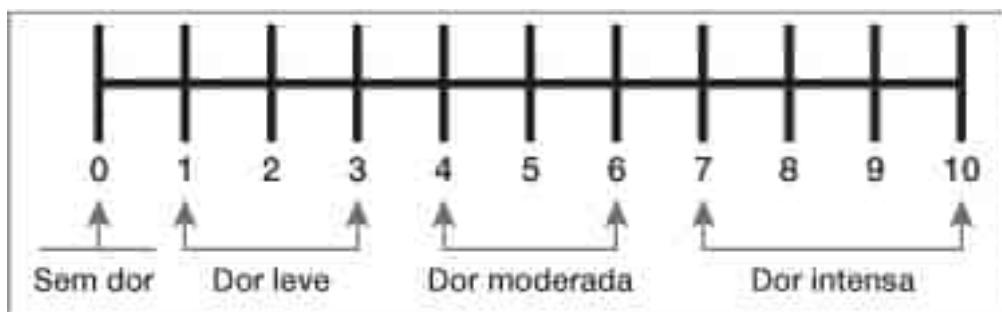
Possui fator claro precipitante e tende a desaparecer com o tratamento etiológico.^{1,6} Já a dor crônica é de longa duração, permanecendo além do esperado para tal lesão ou patologia, não possui função adaptativa de proteção ao organismo, podendo atrapalhar a qualidade de vida e o sono do paciente. Muitas vezes, a dor crônica envolve processo de sensibilização neuronal, gerando sofrimento emocional e social, dificultando o diagnóstico e o controle terapêutico.^{1,6}

Avaliação da dor

Como já exposto, a dor é subjetiva e sua intensidade depende da experiência do paciente, direcionando para o tratamento eficaz. A anamnese e exame físico são cruciais para caracterização da dor, valorizando localização, dimensão, tipo de dor, irradiação, fatores de melhora ou piora, medicações já utilizadas e sua eficácia, além da avaliação da intensidade, dosando o grau de sofrimento que tal sintoma gera ao paciente.¹

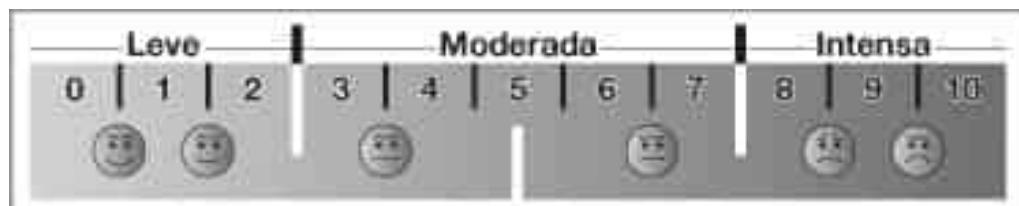
Considerando que a dor não pode ser medida objetivamente, as escalas de dor são úteis na avaliação subjetiva realizada pelo paciente (Figuras 1, 2 e 3). Entretanto, é necessário observar que a dor é dinâmica e uma única medida não pode representar toda a experiência de dor do paciente.⁶

Figura 1 – Escala numérica da dor



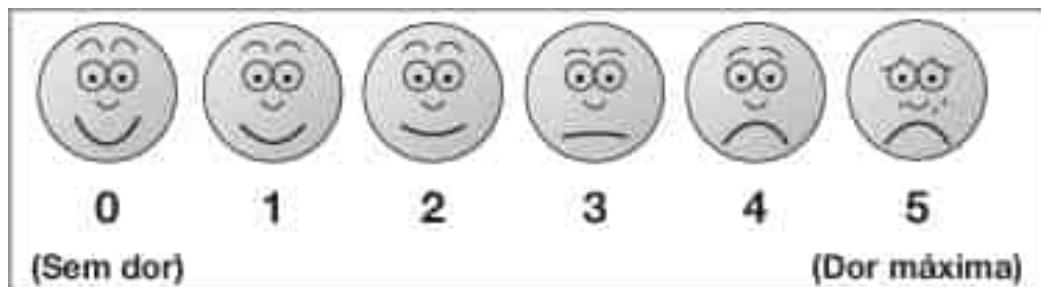
Fonte: *Medicina de Emergência: abordagem prática*, 2022.⁶

Figura 2 – Escala analógica de dor



Fonte: *Medicina de Emergência: abordagem prática*, 2022.⁶

Figura 3 – Escala de faces (ou de Wong-Baker)



Fonte: *Medicina de Emergência: abordagem prática*, 2022.⁶

A escala de faces (figura 3) mais utilizados em pacientes pediátricos, com déficit cognitivo ou idioma discordante com o examinador.⁶ Para paciente com demência, a escala PAINAD-Br pode auxiliar na intensidade da dor (tabela 3). Para utilizá-la, é necessário observar o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos. O score de pontos varia de 0 a 10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é 1 a 3 considera-se dor leve; 4 a 6, dor moderada e 7 a 10, dor grave.⁶

Tabela 3 – Escala de PAINAD-Br

COMPORTAMENTO	0	1	2
Respiração	Normal	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade eventual para respirar Curto período de hiperventilação 	<ul style="list-style-type: none"> Respiração ruidosa e com dificuldades Longo período de hiperventilação Respiração de Cheyne-Stokes
Vocalização negativa	Nenhuma	<ul style="list-style-type: none"> Resmungos ou gemidos eventuais Fala baixa de conteúdo desaprovador ou negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Chamados repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro
Expressão facial	Sorrindo ou inexpressivo	<ul style="list-style-type: none"> Triste Assustado Franzida 	<ul style="list-style-type: none"> Careta

Linguagem corporal	Relaxado	<ul style="list-style-type: none"> • Tensa • Inquietação • Andar angustiado de um lado para o outro 	<ul style="list-style-type: none"> • Rígida • Punhos cerrados • Joelhos encolhidos • Comportamento agressivo • Puxar ou empurrar para longe
Consolabilidade	Sem necessidade de consolar	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizado por voz ou toque 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de ser consolado ou tranquilizado

Fonte: Adaptado de *Medicina de Emergência: abordagem prática*, 2022.⁶

A título de conhecimento, existem escalas especiais utilizadas para pacientes críticos intubados ou rebaixados, como as escalas BPS e CPOT, sendo mais frequentemente empregadas em ambiente hospitalar ou de emergência.⁶

A fim de prestar uma boa assistência à pessoa com dor, o exame físico deve ser geral e completo. A avaliação deve abranger aspecto geral do paciente, deambulação, posição antiálgica, fácies de dor e sofrimento, reações quanto às manobras semiológicas da localidade acometida. O exame neurológico também pode ser empregado principalmente nos casos de dor neuropática.¹

Os exames complementares são solicitados após avaliação, considerando a necessidade de complementação para o caso. A individualização do caso clínico é importante no processo de solicitação de exames laboratoriais ou de imagem.¹

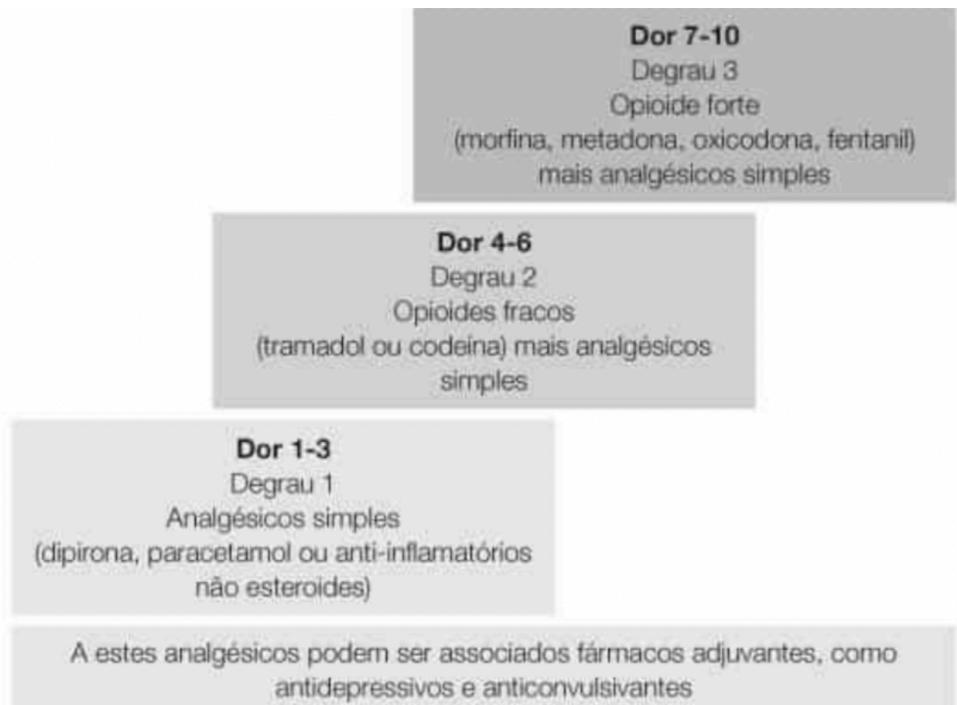
Tratamento

A fim de alcançar o sucesso do tratamento a longo prazo, a identificação da etiologia da dor é imprescindível. Para tanto, a anamnese, exame físico e, se necessário, a realização de exames complementares são norteadores do tratamento da causa da dor. Contudo, a dor aguda em si também deve ser tratada precocemente mesmo na ausência do diagnóstico etiológico, uma vez que a persistência do estímulo nociceptivo reforça a resposta das vias de dor, potencializando em intensidade e difusão de sua localização.^{1,2,6}

No tratamento da dor (aguda e crônica) devem ser valorizados características como: condições psicológicas do paciente, a intensidade da dor, a classificação

(nociceptiva, central, neuropática ou mista), a disponibilidade de medicações e suas vias de administração (dando preferência ao menos invasivo possível), medicações já utilizadas pelo paciente e sua eficácia, efeitos colaterais e tempo de início de ação da medicação, condições clínicas prévias do paciente (história ou vigência de ulceração péptica, insuficiência hepática ou renal), além de possibilidade de tratamento não farmacológico para tal caso.^{9,10}

Figura 4 – Escada da Dor



Fonte: *Medicina de Emergência: abordagem prática, 2022.*⁶

A OMS (Organização Mundial da Saúde) formulou uma escala em formato de escada (figura 4) que permite correlacionar a intensidade de dor às classes de medicações indicadas para tal.⁶ Segundo a escada, a dor leve é tratada com analgésicos não opioides (como dipirona, paracetamol ou anti-inflamatório não esteroidal). Na dor moderada, além dos analgésicos simples, é adicionado um opioide fraco, como a codeína ou o tramadol. Já para a dor intensa, são utilizados opioides fortes como a morfina, oxicodona ou fentanil, somados aos analgésicos simples.

Sabendo que a dor é uma sensação dinâmica e oscilante, o avanço para o próximo degrau está indicado se houver piora da intensidade ou persistência da dor

com o tratamento prévio estabelecido.⁶ Para todos os degraus, está indicada associação com medicações adjuvantes não analgésicas que assumem tal função em situações especiais. Medicações tais como antidepressivos, neurolépticos, relaxantes musculares, anticonvulsivantes, etc. ⁶ Abaixo (tabela 4), estão listados alguns dos representantes mais comuns das classes acima descritas, considerando dosagens por via oral, sendo a maioria das medicações disponíveis na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).¹⁷

Tabela 4 – Classes medicamentosas empregadas no manejo da dor

Classe	Fármaco	Dose	Observações
AAlgésicos simples	Dipirona	500-1.000mg até 4x ao dia	Bom analgésico e anti-térmico, eficácia clínica bem estabelecida em dor pós-operatório, crises de enxaqueca, dor dentária e oncológica
	Paracetamol	500-1.000mg de 4/4h ou 6/6h (até 4g/dia)	Já descrito potencial ação como AINE, tem atividade analgésica e anti-térmica.
AINEs	Ibuprofeno	200-600mg a cada 6-8h (dose máxima 2,4 a 3,2g/dia)	Indicado por período curto de uso, principalmente em lesões músculo-esqueléticas e outros processos inflamatórios. Evitar associação com paracetamol e ácido acetilsalicílico.
	Diclofenaco	50mg de 8/8h ou 12/12h (dose máxima 150mg/dia)	
Opióides	Codeína	Dose inicial: 15mg de 4/4h (dose máxima 240mg/dia)	Opióide fraco indicado para dores nociceptivas. Dose titulável conforme dor e comorbidades.

	Tramadol	Dose inicial: 50mg de 6/6h (dose máxima 400mg/dia)	Opióide fraco indicado para dores nociceptivas e neuropáticas. Possui ação sinérgica com paracetamol e dipirona.
	Morfina	Ação rápida: 10mg de 4/4h; Ação prolongada: 30, 60 ou 100mg de 8/8h ou 12/12h.	Descontinuar opióide fraco ao iniciar o opióide forte. Bons resultados em dores nociceptivas e somáticas. Potenciais efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, sedação, constipação (que não desenvolve tolerância, devendo ser sempre tratada).
Corticóide	Prednisona	5-60mg/dia; 1x/dia	Indicada na dor inflamatória por curto intervalo de tempo quando não há resultado satisfatório com AINE e quando há incapacidade física. Bem indicado na odinofagia.
Antidepressivos	Tricíclicos	Amitriptilina (25-75mg/dia); Nortriptilina (10-25mg/dia)	Úteis nos casos de dor crônica. O efeito analgésico se manifesta em doses inferiores às doses antidepressivas e em menos tempo (de 3 a 5 dias). Precaução em cardiópatas e idosos.
	Inibidores da recaptação de serotonina	Fluoxetina 20mg/dia; Sertralina 50mg/dia	Potencialmente úteis em casos de fibromialgia, associado a ciclobenzaprina ou amitriptilina.
	Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina	Duloxetina 60mg/dia; Venlafaxina 75-225mg/dia	Potencialmente úteis em dores neuropáticas.

Anticonvulsivantes	Carbamazepina	Dose inicial 100mg 12/12h; dose terapêutica: 400 a 1.200mg/dia	Potencialmente úteis em dores neuropáticas, podendo ser utilizados como adjuvantes em dores nociceptivas. Principal indicação: neuralgia do trigêmeo. Atenção com interações medicamentosas e em pacientes idosos e insuficiência hepática.
	Gabapentina	900mg/dia 3x/dia; dose máxima 3.600mg/dia	Potencialmente útil em dor neuropática, principalmente em neuralgia pós-herpética, neuropática diabética, traumas medulares, dor central pós-AVC, dor do membro fantasma.
Miorrelaxantes	Tizanidina	2-4mg de 8/8h até 12-24mg/dia	Potencialmente útil como adjuvante em neuralgia trigeminal e outras dores neuropáticas.
	Baclofeno	15mg/dia de 6/6h até 30-80mg/dia	Potencialmente útil como adjuvante em neuralgia trigeminal e outras dores neuropáticas. Retirada deve ser realizada gradualmente, atentar-se ao uso crônico
	Ciclobenzaprina	20-40mg/dia 2 a 4x/dia, dose máxima 60mg/dia	Potencialmente útil em dor lombar aguda.

Fonte: adaptado de GUSSO, 2019.¹

A dor crônica deve ser abordada de maneira individualizada, sendo a educação em saúde sobre sua condição ao paciente de extrema importância para o entendimento e valorização do tratamento multidisciplinar, alinhando expectativas de melhora, enfatizando o tratamento não farmacológico, visando o ganho de funcionalidade. O tratamento farmacológico pode ser parte do plano do tratamento, principalmente em dores de origem neuropática e oncológica. O uso crônico de medicações provoca aparecimento de efeitos colaterais potencialmente graves,

como aumento do risco cardiovascular no uso de AINEs e adicção no uso crônico de opioides.^{1,6}

Dessa forma, o tratamento não farmacológico deve ser reforçado em todos os encontros, principalmente nas queixas de dores crônicas. Algumas das principais medidas não farmacológicas que podem ser prescritas são¹:

- Medidas físicas e reabilitadoras: atividade física, fisioterapia, massagem, compressa de calor e frio local, estimulação elétrica funcional;
- Procedimentos anestésicos: bloqueios de ramos;
- Medidas educativas e comportamentais: educação em saúde sobre a dor, terapia cognitiva-comportamental, retorno precoce ao trabalho;
- Terapias complementares: acupuntura, toque terapêutico, pilates, musicoterapia.

Em destaque, a acupuntura tem excelentes resultados também na dor aguda quando empregada adequadamente, como em lombalgias, cervicalgias, bursites, tendinites, distúrbios funcionais musculares, enxaqueca e cefaleias de tensão.¹

1.4 Linfonodomegalia

Definição

A linfonodomegalia é um achado frequente nas consultas da Atenção Primária e pode estar associada a várias condições subjacentes, sendo elas causas leves e autolimitadas ou até neoplásicas. Cabe ao médico de família saber diferenciá-las de maneira eficiente, evitando investigação invasiva e conduta iatrogênica.²

Como regra, a linfonodomegalia em adultos é definida pelo aumento do linfonodo acima de 1 cm. Na grande maioria das vezes, trata-se de uma resposta a processo inflamatório ou infeccioso, mas também pode ser manifestação de doença grave ou processo neoplásico.^{1,11}

Anamnese e Exame físico

Na maioria dos casos, anamnese e exame físico já são suficientes para identificar a causa da linfadenopatia. A anamnese deve ser realizada de maneira cuidadosa, verificando o tempo de evolução, sintomas constitucionais, sintomas locais e sistêmicos, sintomas em outros órgãos e medicações em uso.^{1,2,11}

Caso a coleta da história clínica não aponte diretamente para uma causa, é necessário considerar diagnósticos menos frequentes, explorando fatores de risco

para neoplasias, histórico recente de viagens, ocupação, imunizações recentes e exposição sexual.^{2,11}

A idade do paciente é um fator importante, uma vez que o tamanho de linfonodos normais varia conforme a idade. Geralmente, não há linfonodos palpáveis em recém-nascidos, tornando-se palpáveis em crianças de 3 a 5 anos, com tamanho considerado normal até 2 cm. Durante o período da adolescência, os linfonodos tendem a ser maiores do que na vida adulta. ²

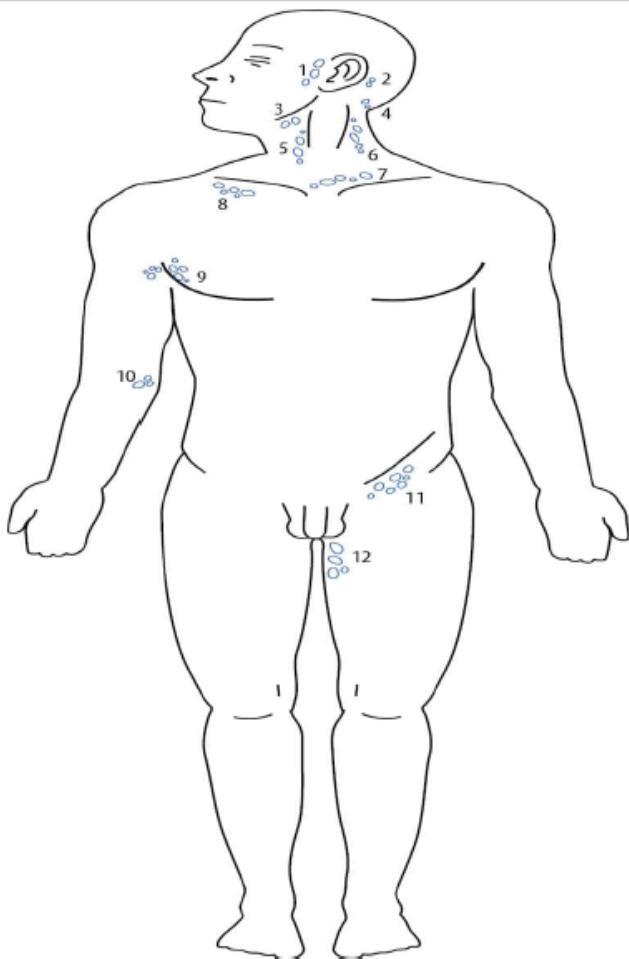
O exame físico também segue a regra da minuciosidade, principalmente quando a linfonodomegalia seja a única queixa do paciente, sem outros sintomas acompanhados.² Inicialmente, ao exame físico, deve-se diferenciar linfonodo de outras condições semelhantes como cisto sebáceo, lipoma, abscesso, hérnia inguinal, picada de inseto, bócio/nódulos em tireoide e tumores cutâneos. ^{1,2}

A característica do linfonodo é um dado ímpar, dimensionando-o quanto ao tamanho, mobilidade e consistência. É considerado tamanho anormal quando é achado um linfonodo maior que 1 cm. Entretanto, nódulos supraclaviculares, poplíteos e ilíacos palpáveis e nódulos epitrocleares maiores que 5 mm já são considerados anormais. ^{1,2,11}

Sabe-se que a dimensão está diretamente relacionada à gravidade, ou seja, linfonodos acima de 2,25 cm apresentam maior chance de ser maligno. Assim como os linfonodos endurecidos, indolores e aderidos aos planos profundos também são sugestivos de processo neoplásico. Já os linfonodos fibroelásticos, dolorosos e com tamanho até 2 cm são frequentemente provenientes de processos infecciosos e inflamatórios.^{1,2,11}

A diferenciação de linfonodomegalia localizada e generalizada é importante. Mesmo quando a queixa do paciente seja inicialmente localizada, a procura por aumento de linfonodos em outras localizações é imprescindível. Considera-se linfonodomegalia generalizada quando há aumento de duas ou mais cadeias linfonodais não contíguas. A figura 5 evidencia as cadeias linfonodais periféricas, passíveis de serem palpadas ao exame físico ²:

Figura 5 – Cadeias linfonodais



- Cadeias de linfonodos periféricos:*
- 1: *Pré-auricular*;
 - 2: *Retroauricular*;
 - 3: *Submandibular*;
 - 4: *Occipital*;
 - 5: *Cervical anterior*;
 - 6: *Cervical posterior*;
 - 7: *Supraclavicular*;
 - 8: *Infraclavicular*;
 - 9: *Axilar*;
 - 10: *Epitroclear*;
 - 11: *Inguinal (grupo horizontal)*;
 - 12: *Inguinal (grupo vertical)*.

Fonte: DUNCAN, 2022. ²

A linfonodomegalia generalizada ocorre devido processos inflamatórios sistêmicos e são um ponto chave para determinação do diagnóstico, devendo atentar-se à procura de outros órgãos acometidos, como hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, alterações em mucosas como sangramentos e hipocromia. Tais achados podem direcionar para diversos diagnósticos^{2,11}:

- Infecções virais: mononucleose, HIV, citomegalovírus, rubéola, sarampo, hepatites virais agudas, varicela;
- Infecções bacterianas: escarlatina, sífilis, leptospirose, febre tifóide;
- Infecções fúngicas: paracoccidioidomicose, histoplasmose, criptococose;
- Infecções parasitárias: toxoplasmose, malária, leishmaniose;
- Infecções por micobactérias: tuberculose miliar e micobacteriose atípica;

- Neoplasias: linfoma, leucemia, mieloma múltiplo, metástases;
- Causas reumatológicas: lúpus eritematoso sistêmicos, artrite reumatóide, síndrome de Sjogren;
- Medicamentos: allopurinol, ácido acetilsalicílico, atenolol, barbitúricos, captoperil, carbamazepina, cefalosporinas, fenobarbital, hidralazina, isoniazida, penicilina, sulfonamidas, tetraciclinas, fenitoína, primidona, pirimetamina;
- Outras: Doença de Kawasaki, sarcoidose, amiloidose e hipertireoidismo.

Quando trata-se de linfonodomegalia localizada, deve ser verificada a presença de processos inflamatórios ou infecciosos no próprio linfonodo ou em sua área de drenagem. Considerar sempre a possibilidade de neoplasia, toxoplasmose ou tuberculose ganglionar. A presença de linfonodomegalia supraclavicular alerta sobre possibilidade de alterações torácicas ou abdominais graves. Causas de linfonodomegalia localizada estão listadas abaixo, conforme a tabela 52,11:

Tabela 5 – Possíveis causas de linfonodomegalia conforme localização

LOCALIZAÇÃO	ÁREA DE DRENAGEM	CAUSAS
Pré-auricular	Pálpebras e conjuntivas, região temporal, orelha externa	Conjuntivite, otite externa, infecção local
Retroauricular	Conduto auditivo externo, orelha externa e couro cabeludo	Otite externa, infecção no couro cabeludo, rubéola
Occipital	Couro cabeludo e cabeça	Infecções local, dermatófitos, pediculose, roséola
Submandibular	Língua, glândula submaxilar, lábios e boca, conjutiva	Infecções na cabeça, bucais, dentárias, olhos, ouvido, faringeite

Cervical	Nasofaringe, tireoide, cabeça, couro cabeludo e pescoço	Infecções de vias aéreas superiores, infecções bucais, dentárias, da pele, doença de Graves, tuberculose, neoplasias de nasofaringe, doença da arranhadura do gato
Supraclavicular direita	Mediastino, pulmões e esôfago	Neoplasias de pulmão, retroperitoneais, mediastinais ou gastrointestinais
Supraclavicular esquerda	Tórax e abdome	Linfoma, neoplasias retroperitoneais ou torácicas, infecções bacterianas ou fúngicas.
Axilar	Braço, parede torácica e mama	Infecções locais, doença da arranhadura do gato, linfoma, câncer de mama
Epitroclear	Cotovelo, antebraço e mão	Infecções locais, sarcoidose, doença da arranhadura do gato, doença reumatológica das mãos e nos punhos
Inguinal	Pernas e genitália	Infecções do membro inferior, infecções sexualmente transmissíveis, linfoma, neoplasia pélvica micose interdigital

Fonte: Adaptado de DUNCAN, 2022.²

As etiologias da linfadenopatia podem ser lembradas com o mnemônico MIAMI¹¹:

- Malignidades;
- Infecções;
- Autoimunes (doenças);
- Múltiplas condições, considerando as condições incomuns;
- Iatrogênicas;

Sinais de Alarme

Deve-se ficar atento aos fatores que podem sugerir alto risco para a linfadenopatia ser de origem maligna, como idade acima de 40 anos, característica do linfonodo (endurecido, indolor, aderido aos planos profundos, crescimento rápido ou localização supraclavicular).²

A presença de sintomas associados, principalmente os chamados “sintomas B”, definidos como febre persistente acima de 38º C, sudorese profusa noturna e perda ponderal acima de 10% do peso corporal em 6 meses são sinais de alerta para diagnóstico de neoplasias hematológicas, sendo sintomas mandatórios para investigação de tal hipótese diagnóstica. Além disso, palidez cutânea, cansaço, sangramentos espontâneos de mucosas ou cutâneos e alterações em hemograma podem sugerir trombocitopenia, colaborando para suspeita de neoplasia hematológica.²

Indicação de Exames e Prevenção Quaternária

De maneira individualizada e baseado nas hipóteses diagnósticas, os exames laboratoriais e de imagem podem ser solicitados para definição da conduta. Entretanto, antes das solicitações de exames nos casos de incerteza diagnóstica, é necessário considerar a demora permitida com reavaliação do paciente e seu quadro clínico a cada 3 ou 7 dias a fim de realizar a investigação com exames complementares de maneira mais assertiva, caso não haja presença de sinais de alarme.²

Dentre os exames mais úteis na investigação de linfadenopatia não explicada, o hemograma completo é o exame inicial que pode fornecer pistas sobre o diagnóstico. Por exemplo, a evidência de leucocitose com neutrofilia sugere infecção bacteriana; a linfocitose sem atipia revela infecção viral; o achado de linfócitos atípicos em um jovem com linfonodomegalia generalizada levanta a hipótese de mononucleose; já o aumento de blastos e linfócitos pode indicar leucemia aguda ou leucemia linfóide crônica. Exames laboratoriais específicos serão solicitados conforme a suspeita clínica, podendo utilizar sorologias para toxoplasmose, citomegalovírus, anti-HIV e outros.^{1,2}

A ultrassonografia está entre os exames de imagem mais adequados, a depender da hipótese diagnóstica. Pode auxiliar a diferenciar linfadenopatia de outras condições (diagnóstico diferencial), além de estabelecer com maior precisão o tamanho, localização, margens, número e estrutura interna dos linfonodos suspeitos. A associação com Doppler pode dar indícios que ajudam a diferenciar lesões benignas de malignas, além de diferenciar lesões cicatriciais de linfadenopatias ativas. Além disso, a ultrassonografia pode ser solicitada em casos

de suspeita de hepatoesplenomegalia e auxiliar no diagnóstico conforme os achados clínicos.^{2,11,12}

A radiografia de tórax pode ser solicitada na suspeita de condições torácicas que cursam com linfadenopatia, como tuberculose ou neoplasia. Também deve ser solicitada para investigar presença de linfadenopatia hilar quando houver linfonodomegalia generalizada.²

A biópsia é o exame de escolha quando há linfadenopatia localizada ou generalizada sem explicações. Quando indicada, é necessário encaminhamento para serviço especializado. A biópsia excisional é o método de melhor acurácia pois consegue identificar células anormais e arquitetura linfonodal, dados úteis para o diagnóstico de linfoma ou casos de metástase linfonodal, podendo evidenciar o sítio primário da neoplasia.^{2,11,12}

Tratamento

A abordagem específica da linfadenopatia baseia-se no tratamento da causa adjacente ao sintoma em questão.²

Quando encaminhar para Emergência

De maneira geral, os quadros que cursam com aumento de linfonodos são autolimitados e sem sinais de alarme. O encaminhamento para centros de emergência se baseia no quadro clínico do paciente, considerando sinais vitais e evolução clínica da doença de base.

Quando encaminhar para Especialista Focal

Sugere-se encaminhamento ao especialista focal o paciente com maior risco de neoplasia, com idade maior que 40 anos, presença de linfonodo persistentemente aumentado acima de 2,25cm, aderido a planos profundos, indolor a palpação e de consistência endurecido. A presença de sintomas crônicos e “sintomas B” (febre >38º C, sudorese noturna e perda de peso > 10% do peso corporal em 6 meses) são considerados suspeitos para neoplasia maligna hematológica.^{1,2,11}

A linfadenopatia cervical associada a fatores de risco de neoplasia de cabeça e pescoço (tabagismo, etilismo e idade avançada) também merece referenciamento ao especialista focal. Além disso, o encaminhamento também é sugerido quando há

linfonodomegalia supraclavicular e para pacientes com linfadenopatia inexplicada após investigação inicial que possuem indicação de biópsia.^{2,11}

1.5 Prescrição e desprescrição de medicamentos na atenção primária

Prescrição de medicamentos

A maioria das consultas resultam em prescrição médica, visando tratamento de condição atual ou prevenção de evento futuro. Tal documento assegura importante valor simbólico ao paciente, garante a comunicação entre prescritor e paciente, bem como entre prescritor e farmacêutico. Diante disso, a prescrição deve seguir parâmetros previstos por lei e pelo Código de Ética Médica, que determinam que toda prescrição deve ser legível, clara e sem rasuras, preferencialmente digitalizada e impressa.^{1,18}

As prescrições devem conter cabeçalho (onde deve constar endereço e nome do profissional ou instituição), nome do paciente, via de administração, nome do fármaco, forma farmacêutica e concentração, quantidade total a ser fornecida, frequência de administração, duração do tratamento, data, assinatura do médico e o número de registro no Conselho Regional de Medicina.¹

A prescrição deve ser resultante de uma consulta baseada no Método Clínico Centrado na Pessoa, considerando preocupações, ideias, expectativas do paciente sobre o diagnóstico e tratamento, além de identificar as medicações que o paciente já utiliza, incluindo as utilizadas sem prescrição médica e sua finalidade. A boa comunicação, educação em saúde e decisão compartilhada com o paciente sobre seu tratamento aumentam a adesão e o sucesso do tratamento. Um paciente bem esclarecido pelo médico e equipe de saúde sobre suas comorbidades e as possíveis complicações, adere de maneira mais eficiente ao que lhe é prescrito, consequentemente resultando em otimização na utilização dos recursos públicos e melhoria de sua própria qualidade de vida.^{1,13}

Papel da equipe multiprofissional

Erros de prescrição acontecem com frequência, influenciados por questões adversas de ambiente clínico, como distrações, interrupções, fome e estresse do prescritor, sobrecarga de trabalho e tempo insuficiente de consulta. A cultura da

prescrição também torna-se um fator importante que pode levar a prescrições desnecessárias e, em muitos casos, a polimedicação.¹

Dessa forma, a equipe multiprofissional tem papel ímpar na identificação de erros das prescrições, assim como detectar o uso de maneira inadequada de medicamentos por parte dos pacientes. A equipe de enfermagem, com a possibilidade de enquadrar-se como prescritores, possuem capacidade de prescrever medicamentos que estejam previamente descritos em protocolos, assim como avaliar e esclarecer possíveis dúvidas dos pacientes sobre as prescrições, identificando dificuldades que podem ser transmitidas para os membros da equipe a fim de discutir casos e realizar adequação do tratamento, valorizando a individualidade de cada paciente.¹

Ademais, o farmacêutico possui amplo conhecimento e capacidade de identificação de equívocos prescritos por médicos e enfermeiros, informando o prescritor de maneira imediata para modificação da prescrição. A orientação quanto ao uso do medicamento prescrito, armazenamento, descarte de medicações e ferramentas de organização em casos de polimedicação também constitui grande valor para a adesão e sucesso do tratamento, funções dominadas por farmacêuticos.¹

Polimedicação

Por definição, a polimedicação é entendida como o uso crônico de cinco ou mais fármacos por um determinado paciente, embora novas literaturas defendem que ocorre com uso de três ou mais medicações. Apesar da definição, tal medida é considerada potencialmente prejudicial, uma vez que diminui a adesão terapêutica, aumenta a possibilidade de interações medicamentosas e efeitos adversos, diminui a qualidade de vida, aumenta a chance de hospitalização e, por consequência, ocasiona maior morbimortalidade.^{1,14,15,16}

A polimedicação é uma consequência do aumento da expectativa de vida da população, uma vez que a incidência de doenças crônicas não transmissíveis aumenta proporcionalmente.¹ Com isso, o uso de medicações potencialmente inadequadas é frequente, onde os riscos superam os benefícios, principalmente em idosos, que possuem alterações fisiológicas da idade que alteram a farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos.¹⁶

O enfrentamento deste problema pode ser realizado através de estratégias de educação e atualizações aos prescritores, considerando os aspectos farmacológicos de cada medicação, além de levar em consideração o contexto social e cultural do paciente.¹

A fim de manejar a polimedicação, o processo da desprescrição consiste na suspensão de um medicamento com supervisão de um profissional da saúde, com intuito de reduzir os prejuízos da terapia polimedamentosa, potencializando os efeitos benéficos ao paciente.¹⁵ Em outras palavras, a desprescrição visa diminuir o uso crônico indevido de medicamentos, reduzindo os efeitos colaterais e também os gastos públicos. ¹

Modelos e fases de desprescrição

A desprescrição é parte essencial de uma boa prescrição e requer esforços do paciente, da família e da equipe de saúde que o acompanha. Tempo, habilidade e conhecimentos especiais são atributos necessários para o sucesso da suspensão de medicações.¹⁵

Assim como a prescrição, a retirada ou diminuição de dose de medicações devem considerar características individuais do paciente, considerando seu contexto social, cultural e biopsicológico.¹ Deve-se levar em conta os desejos e expectativas de vida do paciente, realizando a tomada de decisão compartilhada e garantindo uma boa comunicação com o paciente, família e demais profissionais da saúde que realizam a coordenação do cuidado. ¹³

A desprescrição é mais comumente empregada na população geriátrica ou em cuidados paliativos, embora também garanta benefícios para outros pacientes. Os objetivos para a desprescrição incluem reduzir o número total de medicamentos, diminuir o risco de síndromes geriátricas específicas, como comprometimento cognitivo e quedas, além melhorar os resultados globais de saúde, como hospitalização e morte.¹

A maioria dos medicamentos pode ser interrompida de maneira abrupta.¹⁴ A suspensão súbita está indicada quando o paciente apresenta efeitos adversos diretamente relacionados ao fármaco e sua descontinuidade tem alta probabilidade de reverter o quadro clínico do paciente, com melhora global de sua funcionalidade ou da sintomatologia secundária ao uso do medicamento, como, por exemplo ¹³:

- Hipotensão ortostática (anti-hipertensivos);
- Hipoglicemias e equivalentes (antidiabéticos);
- Tonturas e fraqueza geral (hipotensão arterial medicamentosa);
- Incontinência urinária (diuréticos);
- Alteração do nível de consciência e confusão mental (benzodiazepínicos e anticolinérgicos);
- Constipação intestinal (anticolinérgicos);
- Retenção urinária (anticolinérgicos, anti-hipertensivos);
- Parkinsonismo (antidopaminérgicos, como os antipsicóticos, antivertiginosos, metoclopramida, diltiazem etc.).

Outros fatores determinantes da suspensão súbita são o alto risco de aparecimento de complicações agudas, como pode ocorrer com o uso inapropriado de anticoagulantes. A possibilidade de substituição do fármaco por outros com propriedades farmacodinâmicas semelhantes também facilita a desprescrição súbita.¹³

Entretanto, devido alguns fármacos possuírem alto risco de apresentarem reações ou síndromes de retirada, a desprescrição lenta e gradual é o método mais recomendado na presença de dúvida diagnóstica e insegurança da equipe de saúde ou do paciente e de sua família. Todavia, esta metodologia apresenta o inconveniente de exigir várias etapas no processo de descontinuidade, além da melhora do paciente é mais lenta, podendo desestimular a desprescrição por ambas as partes – a equipe de saúde e o paciente/a família. ¹³

Na literatura, já estão disponíveis algumas ferramentas que auxiliam na tomada de decisão da retirada de medicações, além de realizar o suporte ao paciente. Tais ferramentas geralmente giram em torno somente das características farmacológicas.¹

Sabendo disso, é necessário relembrar a importância de inserir as peculiaridades de cada paciente, considerando seu contexto no momento da desprescrição de medicações. Colaboradores desenvolveram 5 passos intuitivos para auxiliar no processo de suspensão de medicações, conforme a tabela abaixo¹:

Tabela 6 – Passo-a-passo da desprescrição

PASSO 1	Obter história completa dos medicamentos
PASSO 2	Identificar os medicamentos potencialmente inadequados
PASSO 3	Determinar os medicamentos a serem desprescritos e prioridades
PASSO 4	Planejamento e ação
PASSO 5	Seguimento e apoio

Fonte: adaptado de GUSSO, 2019. ¹

Inicialmente, deve-se realizar a listagem completa das medicações em uso, juntamente com sua posologia. Aqui vale informar ao paciente os objetivos e os efeitos adversos de cada medicação, além de escutar as crenças que o paciente possui sobre tais. ¹

No passo 2 realiza-se a identificação de fármacos de alto risco, considerando o risco/benefício para aquele paciente, além das interações com outras medicações. É conveniente utilizar ferramentas disponíveis para identificação de medicamentos potencialmente inadequados, como os Critérios de Beers e START/STOPP. ¹

O passo 3 refere-se à determinação de quais medicações serão suspensas e de qual forma, além de elencar prioridades.¹ O site medstopper.com possibilita a inserção de diversas medicações de uso, listando qual medicamento deve ser prioridade para a suspensão e como realizar a retirada de maneira correta, aplicando a redução de dose gradualmente, se necessário.



Leia ao QR code ao lado com a câmera de seu dispositivo móvel para acessar ao site medstopper.com

No quarto passo ocorre a ação de fato, evitando síndromes de retirada e recorrência de sintomas. Já no passo 5 entramos no processo de seguimento e apoio ao paciente, monitorando efeitos adversos à retirada, oferecendo alternativas não farmacológicas aceitáveis. A documentação de todo o processo deverá ser realizada em prontuário. ¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a dimensão de sinais e sintomas gerais e inespecíficos abordados diariamente na rotina do Médico de Família e Comunidade, o tema é de extrema relevância para a condução dos principais problemas que atingem os pacientes.

Considerando que o profissional assistencialista da Atenção Primária à Saúde atende aos pacientes de maneira integral e longitudinal, respeitando e valorizando todas as angústias e sofrimento que os afigem, é necessário que abordagem seja aprofundada em questões objetivas e subjetivas, utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa para compreensão e resolução do problema de uma maneira satisfatória para o paciente e para o médico.

A elaboração do Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade facilitará a consulta rápida de informações baseadas em evidências científicas, auxiliando na realização de diagnósticos ou prosseguir com devida investigação diante de tal problema de saúde trazida pelo paciente, além de propor abordagem terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa, fornecendo um arsenal de dados confiáveis e atualizados para os problemas mais frequentes da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
2. DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2022.
3. MELO FILHO, Jamil Torquato de. **Transtornos Mentais e Sintomas sem Explicação Médica (SEM):** aspectos epidemiológicos em uma amostra da Região Metropolitana de São Paulo. 2021. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.
4. Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C. **Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care.** A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. Fam Pract. 2011.
5. FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
6. NETO, A. S. et al. **Medicina de emergência: abordagem prática.** 16. ed. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2022.
7. SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual de emergências cardiovasculares.** Rio de Janeiro, 2022.
8. DeSantana, Josimari Melo et al. **Revised definition of pain after four decades.** BrJP [online]. 2020.
9. ISSY, A. M., NETO O. A. et al. **Dor: princípios e prática.** Porto Alegre : Artm ed, 2009.
10. POSSO, I. P. et al. **Tratado de dor:** publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. 1. ed. Rio de Janeiro : Atheneu, 2017.
11. Gaddey HL, Riegel AM. **Unexplained Lymphadenopathy:** Evaluation and Differential Diagnosis. Am Fam Physician. 2016.
12. Kühnl, A., Cunningham, D., Hutka, M. et al. **Rapid access clinic for unexplained lymphadenopathy and suspected malignancy:** prospective analysis of 1000 patients. BMC Hematol, 2018.

13. Moraes EN, Moraes FL. **Saúde da pessoa idosa:** Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://atenaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>
14. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Quando e como fazer a suspensão de medicamentos não essenciais em cuidados paliativos?** Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/quando-e-como-fazer-a-suspensao-de-medicamentos-nao-essenciais-em-cuidados-paliativos/>.
15. Steinman M, Reeve E. **Deprescribing** [Internet]. UpToDate. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/deprescribing>.
16. Farias, Andrezza Duarte et al. **Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos:** um estudo na Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04532021>>. Epub 28 Maio 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04532021>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
18. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica:** Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.