

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

Isaac de Sousa Lima

**Elaboração do capítulo “Abordagem de problemas relacionados ao ouvido,
nariz e garganta” para o Manual do Residente de Medicina de Família e
Comunidade de Campo Grande**

Campo Grande
2023

Isaac de Sousa Lima

**Elaboração do capítulo “Abordagem de problemas relacionados ao ouvido,
nariz e garganta” para o Manual do Residente de Medicina de Família e
Comunidade de Campo Grande**

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.

Orientadores:

Weikmam Alves Mendes

Évelin Angélica Herculano de Moraes

Campo Grande

2023

RESUMO

LIMA, Isaac de Sousa; MENDES, Weikmam Alves; DE MORAIS, Évelin Angélica Herculano. **Elaboração do capítulo “Abordagem a problemas relacionados ao ouvido, nariz e garganta” para o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade de Campo Grande.** 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:** Auxiliar o manejo de situações de saúde mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde de Campo Grande/MS, por meio da elaboração do capítulo “Abordagem de problemas relacionados a ouvido, nariz e garganta” para composição do Manual do Residente de MFC de Campo Grande. **Métodos:** auxiliar o manejo de situações de saúde mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde de Campo Grande/MS, por meio da elaboração do capítulo “Abordagem de problemas relacionados a ouvido, nariz e garganta” para composição do Manual do Residente de MFC de Campo Grande. **Resultados:** produção do capítulo de abordagem a problemas relacionados ao ouvido, nariz e garganta, incluindo os tópicos de rinite, rinossinusites, epistaxes, perda auditiva, dor de ouvido e otites, tontura e vertigem, zumbido, disfonia e dor de garganta com foco no diagnóstico e manejo destas condições na Atenção Primária à Saúde. **Considerações finais:** este estudo possibilitou aprofundar o conhecimento das afecções que envolvem o ouvido, nariz e garganta no contexto da APS, além de compreender que muitas situações relacionadas a tais órgãos apresentam alta resolutividade neste contexto, sendo importante a condução adequada pelos profissionais de MFC.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Ouvido; Nariz; Garganta.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	5
HIPÓTESE	5
OBJETIVO PRIMÁRIO	5
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	5
MÉTODOS	6
RESULTADOS.....	7
Rinites	7
Rinossinusites.....	15
Epistaxe	20
Perda auditiva.....	27
Dor de ouvido e otites	39
Tontura e vertigem.....	46
Zumbido	53
Disfonia	58
Dor de garganta.....	62
DISCUSSÃO	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	69

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e é caracterizada por uma série de ações que envolvem promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, objetivando manutenção da saúde com foco na qualidade de vida da população (LAVRAS, 2011).

Tendo em vista a ampla gama de situações que se apresentam nesse nível de atenção, deve-se ter cautela para a condução adequada das mais frequentes, a fim de uma maior resolubilidade e coordenação adequada do cuidado, sendo um desafio para os profissionais que atuam na área, principalmente dos que estão no início do processo de formação, como residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC).

No contexto das condições que se apresentam na APS, destacam-se as afecções do ouvido, nariz e garganta, que representam cerca de 25% das demandas, e merecem, portanto, atenção a fim de diagnóstico e manejo correto. Muitas vezes o manejo desperta dúvidas nesse cenário complexo, especialmente quanto aos protocolos de encaminhamento do município de Campo Grande, e a condução inadequada pode gerar cronificação destes problemas, o que pode impactar nos fluxos da rede de saúde, tendo em vista alto referenciamento para especialistas focais (GUERRA, 2006).

A elaboração de um manual para o residente de MFC pode se tornar um meio efetivo como guia para as situações presentes no escopo de maior prevalência na APS, além de ajudar a promover impacto na situação de saúde dos usuários do sistema, assim como facilitar a organização dos fluxos nas redes de saúde.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como facilitar a condução das afecções do ouvido, nariz e garganta na APS pelos residentes de MFC de Campo Grande/MS?

HIPÓTESE

A elaboração do capítulo “Abordagem a problemas relacionados a ouvido, nariz e garganta” para composição de Manual do residente de MFC de Campo Grande ajuda na condução desta situação.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Auxiliar o manejo de situações de saúde mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde de Campo Grande/MS, por meio da elaboração do capítulo “Abordagem de problemas relacionados a ouvido, nariz e garganta” para composição do Manual do Residente de MFC de Campo Grande.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Identificar informações científicas recentes envolvendo a condução das afecções do ouvido, nariz e garganta na APS.

Orientar por meio de ilustrações atualizadas, o diagnóstico e manejo adequado das afecções do ouvido, nariz e garganta no contexto da APS.

Detalhar os fluxos de acesso para consultas, exames e procedimentos mais recentes da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, para referenciamento adequado das condições necessárias.

MÉTODOS

Trata-se de elaboração de capítulo por meio de revisão bibliográfica para composição de Manual do residente de MFC. Neste estudo, utilizou-se plataformas de referências clínicas como *DynaMed* e *PubMed* para a pesquisa de artigos científicos no período de julho a dezembro de 2022, assim como tratados de medicina de família e comunidade, de medicina ambulatorial e de otorrinolaringologia. Selecionou-se publicações com texto completo disponível online nos idiomas português e inglês, revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos com enfoque no diagnóstico e manejo de problemas relacionados a ouvido, nariz e garganta dentro do contexto ambulatorial, com exclusão daquelas com data de publicação anterior à 2005.

RESULTADOS

12.1 Rinites

A rinite é uma condição bastante comum encontrada na APS e se caracteriza por um quadro inflamatório da mucosa nasal, que se manifesta com obstrução nasal, espirros, rinorreia hialina ou mucoide, além de prurido nasal e/ou ocular. Quando tais sintomas se apresentam deve-se aventar esta hipótese diagnóstica (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Apesar de na maioria das vezes tratar-se de uma afecção benigna, deve-se atentar para experiência da doença e analisar quando ocorre prejuízo no desempenho e na qualidade de vida da pessoa, não subestimando a doença, que pode interferir na alimentação, no sono, nas funções cognitivas, gerando cansaço e irritabilidade, além de impacto no crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e aprendizado no caso das crianças (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

12.1.1 Classificação das Rinites

Fisiopatologicamente, a rinite pode ser classificada em não alérgica e alérgica, sendo esta última mais prevalente e o foco principal deste tema. Dentro das causas não alérgicas, existem várias subcategorias, como dispostas no Quadro 12.1.

Quadro 12.1 - Rinites não alérgicas

Induzida por medicamentos
Vasoconstritores tópicos (rinite medicamentosa)
Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
Anti-hipertensivos
Psicotrópicos (antipsicóticos)
Cocaína
Outros fármacos
Hormonal (gestacional, relacionada ao ciclo menstrual)
Rinite eosinofílica não alérgica (RENA)
Rinite neurogênica (vasomotora)
Gustatória

Emocional
Irritantes (ar frio)
Senil
Rinite atrófica
Rinite associada à refluxo gastroesofágico
Outras
Idiopática
Rinite mista
Rinite ocupacional: alérgica ou não alérgica

Fonte: Sakano *et al.* (2018)

Além disso, pode-se classificar a rinite alérgica de acordo com a duração e intensidade dos sintomas, segundo o Quadro 12.2.

Quadro 12.2 - Classificação da rinite alérgica

TIPO	DURAÇÃO DOS SINTOMAS	
Intermitente	< 4 dias por semana ou < 4 semanas	Leve Todos os critérios a seguir: - Sono normal - Atividades diárias, esportivas e recreativas normais - Atividades normais na escola e no trabalho - Sem sintomas incômodos
Persistente	≥ 4 dias por semana e ≥ 4 semanas	Moderada a grave Um ou mais dos critérios a seguir: - Sono anormal - Interferência em atividades diárias, esportivas e recreativas Dificuldades na escola e no trabalho.

Fonte: Bousquet *et al.* (2020)

12.1.2 Anamnese e exame físico

Uma boa anamnese é o pilar principal para a condução do diagnóstico adequado da rinite, tendo em vista que este é basicamente clínico. Assim, além dos sintomas clássicos anteriormente descritos, é importante questionar e observar a presença de respiração oral, predominantemente no período noturno, olheiras e acentuação das pregas subpalpebrais, conhecidas como linhas de Dennie Morgan. É comum ainda identificar, principalmente em crianças, a presença de um sulco horizontal no dorso nasal decorrente do hábito de coçar o nariz com a palma da mão de baixo para cima (saudação alérgica), história de epistaxe recorrentes, devido à fricção frequente, assim como sintomas oculares, como lacrimejamento, hiperemia conjuntival, prurido e fotofobia (SAKANO *et al.*, 2018).

É relevante incluir a época do início do quadro, a duração, a intensidade e a frequência dos sintomas, da mesma forma que os fatores desencadeantes e/ou agravantes, pois são dados importantes não só para classificação do tipo de rinite, mas também para guiar o plano terapêutico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Nessa fase de análise e caracterização do quadro deve-se aplicar um questionário objetivando investigar a coexistência de asma, principalmente para aqueles pacientes com rinite persistente e/ou moderada/grave, levando em consideração que a concomitância dessas duas condições tem alta prevalência. O Quadro 12.3 orienta esta avaliação.

Durante a anamnese, o histórico familiar de rinites e afecções atópicas devem ser questionados, assim como os medicamentos em uso ou previamente prescritos, a frequência do uso e a resposta clínica. Além disso, é necessário investigar os hábitos de vida e condições ambientais que podem se relacionar com os sintomas do indivíduo (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A rinoscopia anterior é o exame que deve ser realizado em todo paciente que se apresenta com queixas nasais. Deve-se prosseguir a avaliação da cavidade nasal com espéculo apropriado ou otoscópio com adaptador nasal, onde é possível observar em indivíduos portadores de rinite alérgica cornetos nasais inferiores hipertrofiados e edemaciados, assim como mucosa pálida e rinorreia aquosa (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

No caso de infecções, uso abusivo de vasoconstritores tópicos ou irritantes é possível visualizar mucosa avermelhada. A presença de crostas pode sugerir rinite atrófica (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Quadro 12.3 Avaliação da possibilidade de asma

Fazer 4 perguntas simples: se o indivíduo responder SIM a qualquer uma das perguntas, a investigação de asma se faz necessária.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Já teve um ou mais ataques de sibilância? (Pode-se usar os termos “chiado no peito”, “miado de gato”, “assobio”, “piado” ou “pieira”) 2. Tem tosse incomodativa, especialmente à noite? 3. Tosse ou sibila depois de exercícios? 4. Tem sensação de aperto no peito?

Fonte: Adaptado de Brozek *et al.* (2017)

12.1.3 Diagnóstico da rinite alérgica

Como já descrito anteriormente, o diagnóstico é essencialmente clínico, por meio da anamnese e exame físico. No entanto, recursos auxiliares podem ser utilizados nesta avaliação. Em decorrência das limitações dentro do nosso cenário de atuação, tais recursos são mais utilizados no caso de rinites severas refratárias à terapêutica inicial instituída na APS, quando o cuidado merece ser compartilhado com especialista focal.

Os exames subsidiários mais importantes são o teste cutâneo por punctura (*prick test*) e a dosagem de Imunoglobulina E (IgE) sérica específica. Tais recursos são importantes principalmente na abordagem terapêutica de pacientes refratários, quando é necessário, por exemplo, utilizar-se de imunoterapia específica com alérgenos. Os consensos recentes não orientam a solicitação de IgE total, no entanto tal avaliação pode ajudar na suspeita de verminoses do ciclo respiratório (SAKANO *et al.*, 2018).

A citologia nasal é um recurso que pode ajudar no diagnóstico diferencial entre as rinites eosinofílicas e não eosinofílicas. No caso de presença de eosinófilos neste exame com ausência de reação alérgeno específica, pode-se indicar RENA. Quando se observa predominância de neutrófilos, a suspeita é de rinite infecciosa (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A endoscopia nasal, exames radiológicos, como tomografia computadorizada de seios paranasais, e biópsia nasal são recursos complementares a fim de investigar outras condições ou complicações associadas à rinite, como polipose nasossinusal, rinossinusites ou tumores da cavidade nasal (GREIWE; BERSTEIN, 2016). O Quadro 12.3 elenca os exames complementares.

Quadro 12.3 Recursos diagnósticos auxiliares na rinite alérgica

Etiológico
Teste cutâneo por punctura
Imunoglobulina E (IgE) sérica específica
Provocação nasal
Citologia nasal
Exames inespecíficos e complementares
IgE total
Bacterioscopia
Rinomanometria e rinometria acústica
Endoscopia nasossinusal
Exames radiológicos
Biópsia nasal
Testes de função pulmonar
Endoscopia Digestiva Alta (EDA)
Esofagomanometria e pHmetria de 24 horas
Outros

Fonte: Sakano *et al.* (2018)

12.1.4 Tratamento da rinite alérgica

O controle ambiental e a higiene nasal com solução salina são bases do tratamento da rinite alérgica. Neste manual, no capítulo “Orientações essenciais não farmacológicas na APS”, tais medidas de controle são destacadas de maneira mais completa.

Quando os sintomas de rinite persistem apesar do controle ambiental, a terapia farmacológica é utilizada como abordagem posterior. Os fármacos mais recomendados envolvem os corticoides tópicos e anti-histamínicos tópicos ou orais,

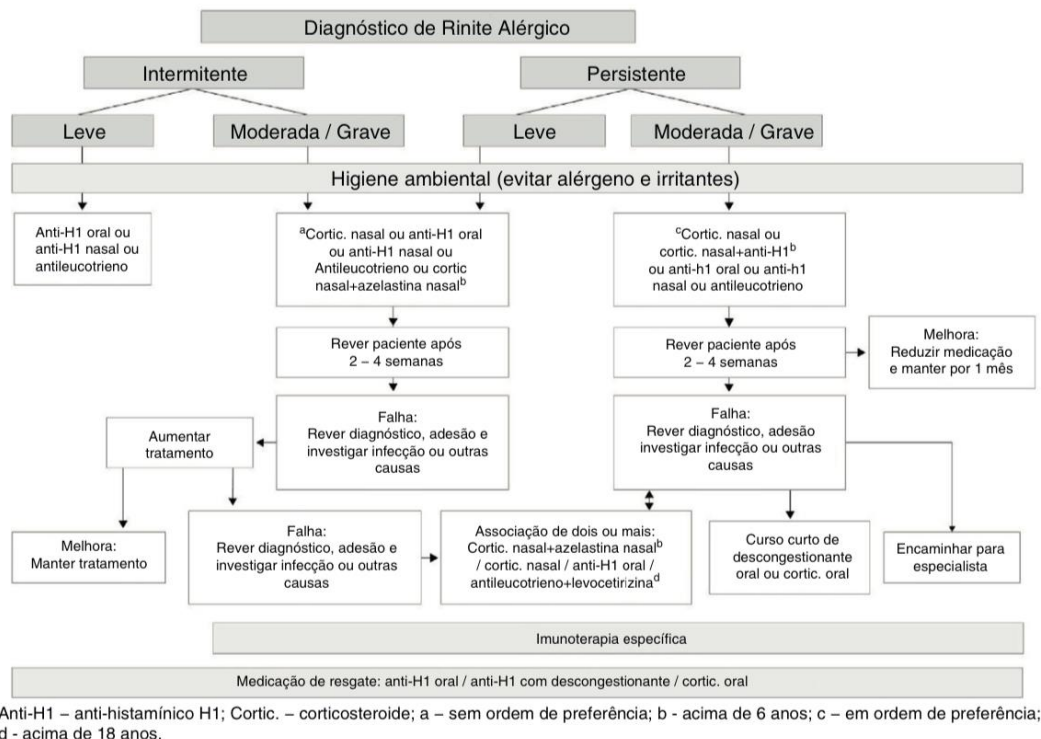
assim como suas combinações terapêuticas, a depender do quadro (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Em pacientes com sintomas eventuais, o anti-histamínico oral pode ser usado sob demanda, porém no caso de sintomas persistentes, os consensos orientam o tratamento preventivo que tem base no uso contínuo de corticoides nasais, principalmente quando existe obstrução ou pólipos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Ao introduzir o corticoide nasal, deve ser feita a orientação sobre o uso adequado do medicamento a fim de evitar que ele não seja absorvido completamente. Antes de aplicar, deve-se limpar o nariz, agitar o frasco e remover a tampa. Ao administrar, deve-se inclinar a cabeça para frente, direcionar o jato em direção à parede lateral, aspirar suavemente e repetir na outra narina.

O Fluxograma 12.1 elucida sobre como a terapêutica deve ser conduzida.

Fluxograma 12.1 Tratamento de Rinite Alérgica



Fonte: Sakano *et al.*, (2018)

A imunoterapia (IT), agentes imunobiológicos e cirurgia são outras ferramentas envolvidas no manejo da rinite, quando o cuidado merece ser compartilhado com

especialista focal. Para que a IT seja indicada é necessário que exista a comprovação da sensibilização alérgica mediada por IgE, além da importância do mecanismo alérgico no desenvolvimento dos sintomas do paciente e a disponibilidade do extrato alergênico padronizado para o tratamento. A IT é a única terapêutica específica com potencial curativo (SAKANO *et al.*, 2018).

12.1.5 Tratamento das Rinites não alérgicas

Dentro das rinites não alérgicas, a mais prevalente é a vasomotora, que ocorre em razão das mudanças de temperatura. Para indivíduos que vivem em cidades com muita oscilação térmica, a orientação é que se mantenha o uso de corticoide nasal pelo tempo em que a mudança de temperatura estiver acontecendo (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A rinite medicamentosa ocorre principalmente em razão do uso prolongado de vasoconstritores ou descongestionantes nasais e seu efeito de vasodilatação de rebote. A recomendação é que tais medicamentos sejam utilizados por um período curto, de 2 a 3 dias. O tratamento envolve a cessação do descongestionante, além do uso de corticoides tópicos, lavagem nasal com soro fisiológico, descongestionantes orais ou antialérgicos (ZUCKER; BARTON; McCOUL, 2019).

No caso da rinite ocupacional, que ocorre quando os sintomas são precipitados por fatores do ambiente de trabalho, o tratamento depende do agente causador, mas em geral inclui medidas de proteção, como máscaras e filtros, ou até a mudança de setor a fim de evitar progressão para asma ocupacional (WISE *et al.*, 2018).

A RENA é mais comum após os 20 anos de idade e o tratamento é mais bem realizado quando em conjunto com especialista focal. Consiste na eliminação dos fatores irritantes, corticoides tópicos e exérese de pólipos nasais quando presentes (BOUSQUET *et al.*, 2020).

Em relação a rinite gestacional, esta geralmente se inicia ainda no primeiro trimestre. O tratamento conservador é o mais aconselhado, mas a budesonida nasal pode ser usada por um período e dose restritos. A depender do grau, outros corticoides tópicos, como beclometasona e fluticasona, assim como anti-histamínicos, como loratadina e cetirizina, podem ser considerados (KARATZANIS *et al.*, 2017).

12.1.6 Quando encaminhar para emergência

Pacientes que se apresentam com corpos estranhos, dor ocular grave de início recente, proptose, perda ou diminuição aguda da acuidade visual, celulite orbitária, além de outros sinais e sintomas sugestivos de complicações orbitárias devem ser encaminhados para unidade de pronto atendimento próxima (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.1.7 Quando encaminhar para especialista focal

Os casos de rinite alérgica de difícil controle podem ser encaminhados para consulta em Alergia e Imunologia Adulto e Infantil, de acordo com a última edição do Protocolo de Acesso para consultas, exames e procedimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (PSESAUCG). Na guia de referência é necessário descrever o quadro clínico, tempo de evolução, exames, se houver, e tratamentos realizados, assim como os medicamentos em uso.

Os indivíduos que possuem dor e obstrução nasal, principalmente unilateral, assim como rinorreia sanguinolenta, crostas e deformidade nasal devem ser encaminhados para serviço de Otorrinolaringologia com prioridade via Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

12.2 Rinossinusites

A rinossinusite trata-se de processo inflamatório, geralmente com base etiológica viral, bacteriana ou fúngica, em mucosa da cavidade nasal e seios paranasais. É um quadro bastante comum na APS e merece atenção a fim de evitar possíveis complicações (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

12.2.1 Classificação das rinossinusites

As rinossinusites podem ser divididas objetivando um melhor entendimento e manejo em: rinossinusite aguda (RSA), quando tem até 4 semanas de duração, sendo de característica infecciosa; rinossinusite crônica (RSC), quando se estende para além de 12 semanas e apresenta causa multifatorial; rinossinusite subaguda (RSSA), se apresentando entre 4 e 12 semanas de duração de sintomas; e rinossinusite recorrente (RSR), quando apresenta quatro ou mais episódios de RSA em 1 ano (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

As rinossinusites de base viral são as mais prevalentes, principalmente em crianças, podendo evoluir para infecção bacteriana cerca de 5 a 10% destes casos (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.2.2 Anamnese e exame físico

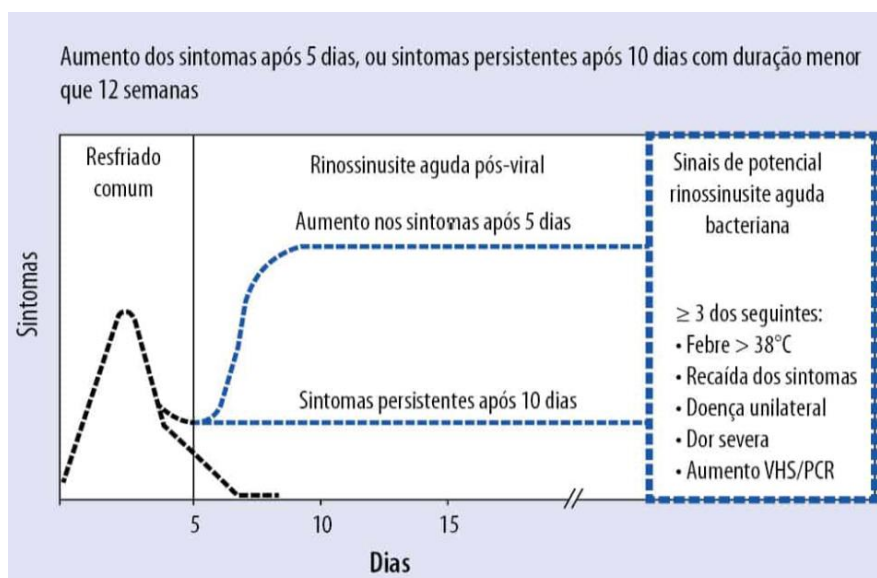
A RSA é caracterizada por obstrução nasal, rinorreia anterior ou posterior, dor à pressão da face e hiposmia ou anosmia. Deve-se ter em mente que a maioria se relaciona com infecção viral. Quando o quadro se prolonga por mais de 10 dias ou se intensifica a partir do quinto dia, deve-se atentar para a possibilidade de infecção bacteriana associada. Durante a anamnese e exame físico, é importante ainda a análise de sinais e sintomas, como halitose, drenagem de secreção posterior de característica mucopurulenta, hiperemia de orofaringe e edema periorbitário, que também indica sinal de alarme e complicação. Assim como nas rinites, a rinoscopia anterior é parte importante do exame físico do paciente que se apresenta com tal condição (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Nesse momento, visando diferenciação entre RSA e RSC, deve-se investigar também, além da duração de sintomas, presença de desvio septal, rinite, história patológica pregressa com foco em patologias imunológicas, pois tais condições se relacionam com a presença de RSC. Na RSC não é comum a presença de obstrução nasal e dor à pressão facial (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.2.3 Rinossinusite aguda

O diagnóstico da RSA é essencialmente clínico e não existem evidências que sustentem a realização de exames complementares, ficando estes reservados para os casos em que há suspeita de complicações, recorrência, refratariedade ao tratamento clínico ou RSC. Nestes casos, opta-se pela tomografia computadorizada de seios da face, no caso de exame de imagem, objetivando elucidar a extensão da doença. A ressonância magnética de seios da face é outro exame que pode ser solicitado para visando complementação, principalmente na suspeita de processos neoplásicos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022). A Figura 12.2.1 ajuda na orientação da RSA, principalmente quanto a identificação de RSA bacteriana.

Figura 12.2.1 Rinossinusite aguda



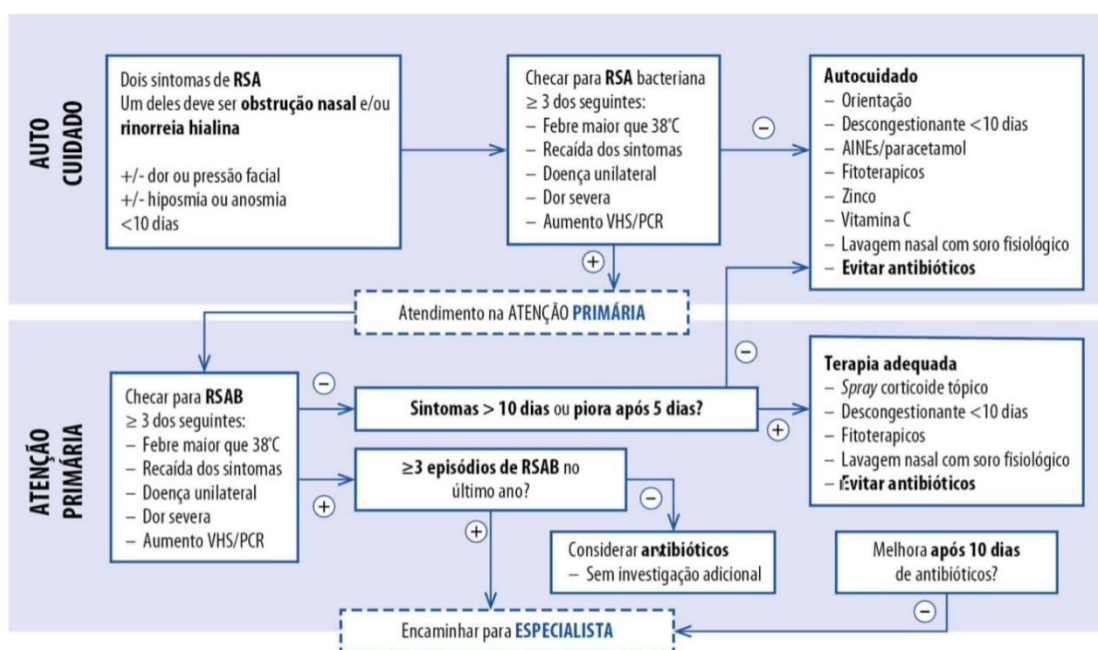
Fonte: Duncan, Schmidt, Giugliani (2020)

O tratamento desta afecção visa a resolução do processo inflamatório, com recuperação da ventilação das cavidades paranasais e da depuração mucociliar, além da drenagem de secreções. No caso de RSA viral pode-se orientar a realização de lavagem nasal com solução salina a fim de promover alívio sintomático e remover mecanicamente a secreção nasal. O emprego de corticoide na RSA viral não tem recomendação, porém pode-se orientar o uso de anti-histamínico nos primeiros dois dias de tratamento no caso de sintomas exacerbados. Analgésicos simples, como dipirona e paracetamol também podem ser orientados principalmente na vigência de sintomas associados, como odinofagia e mal-estar, cefaleia, dor articular, assim como

o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, devendo-se entender que tais medicamentos não reduzem a duração dos sintomas (FOKKENS *et al.*, 2020).

Na RSA bacteriana, pode-se utilizar corticoides sistêmicos, associados à antibioticoterapia, visando uma maior chance de recuperação do processo inflamatório e melhora dos sintomas a curto prazo. A amoxicilina, com ou sem clavulanato, é a primeira opção nos casos de RSA bacteriana, podendo-se ainda empregar macrolídeos, sulfametoxazol + trimetopim ou doxiciclina nos casos de pacientes alérgicos aos betalactâmicos, tendo em vista que os agentes mais comumente envolvidos são *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis* (GLUCK; MAROM; SHEMESH; TAMIR, 2018). O Fluxograma 12.2.1 orienta a abordagem adequada da RSA.

Fluxograma 12.2.1 Manejo da Rinossinusite aguda na APS



Fonte: Duncan, Schmidt, Giugliani (2022)

12.2.4 Rinossinusite crônica

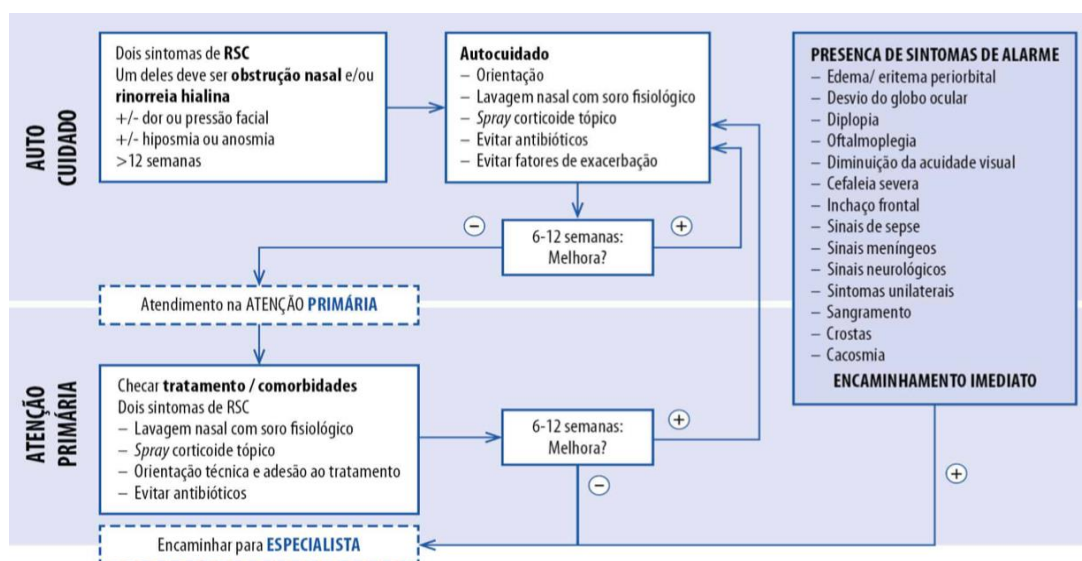
Os estudos recentes apontam vários fatores e condições que se associam com a RSC, como rinite alérgica, tabagismo, asma, DRGE, fatores ambientais, alterações do transporte mucociliar, estado imunológico, entre outros. Na APS, é importante o foco quanto ao controle de condições crônicas, como rinite alérgica e asma, além de

controle ambiental e mudanças do estilo de vida objetivando evitar o desenvolvimento de RSC (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Na RSC, além da terapêutica envolvendo lavagem nasal com soro fisiológico, também empregada na RSA, o corticoide tópico, como mometasona ou budesonida *spray* tem sido bastante orientado pelos estudos mais recentes, tendo em vista melhora no padrão sintomático, facilitando a drenagem de secreções acumuladas nas cavidades sinusais. Os corticoides sistêmicos podem ser orientados por um período curto de 1 a 3 semanas em associação à corticoterapia tópica (MION; MELLO *et al.*, 2017).

As evidências são limitadas quanto ao uso de antibióticos na RSC, devendo-se orientar o emprego nos casos de agudizações a fim de eliminar processos infecciosos e inflamatórios. Em pacientes imunocomprometidos deve ser considerada terapêutica que englobe o combate à *Pseudomonas aeruginosa* (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022). O Fluxograma 12.2.2 orienta a abordagem da RSC na APS.

12.2.2 Manejo da RSC na APS



Fonte: Duncan, Schmidt, Giugliani (2022)

12.2.5 Quando encaminhar

Deve-se referenciar imediatamente para emergências os casos de rinossinusite que se apresentarem com edema periorbital, desvio do globo ocular, diplopia, oftalmoplegia, redução da acuidade visual, cefaleia, edema frontal, sinais meníngeos, neurológicos ou sangramentos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Os casos que merecem investigação de rinossinusite, como anormalidades estruturais, desvios septais devem ser encaminhados para avaliação por especialista focal (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

O PSESAUCG orienta o encaminhamento dos casos que se apresentam com repetição ou que não responderam ao tratamento convencional, além daqueles que possuem alterações anatômicas, devendo-se incluir exames realizados como raio-X de seios da face e tomografia de seios da face.

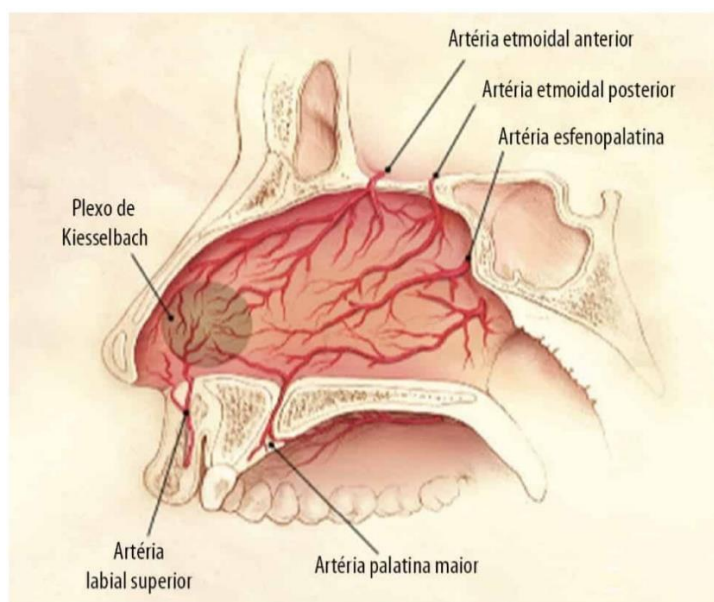
12.3 Epistaxe na Atenção Primária

A epistaxe se caracteriza pelo sangramento com origem na mucosa nasal, que pode acometer todas as idades, sendo na maioria das vezes leve e autolimitado em jovens e potencialmente mais grave em faixas etárias mais elevadas. Na APS não é comum a apresentação dos casos com sangramento ativo, mas é importante o conhecimento desta condição, assim como seus fatores de risco, a fim de uma melhor atuação no manejo e prevenção (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022). Neste contexto, o conhecimento anatômico é necessário para o entendimento adequado da etiopatogenia, diagnóstico e tratamento dos casos agudos e crônicos.

12.3.1 Classificação e etiopatogenia

A epistaxe é dividida em anterior e posterior, a depender da área anatômica afetada. As artérias carótidas são responsáveis pelo fornecimento de sangue às fossas nasais. A carótida interna se divide em etmoidal posterior e anterior e a carótida externa envia ramos para a artéria esfenopalatina que irriga a maior parte do nariz, como pode ser observado na Figura 12.3.1 (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Figura 12.3.1 Anatomia vascular da cavidade nasal



Fonte: Duncan, Schmidt, Giugliani (2022)

O plexo de Kiesselbach ou área de Little se caracteriza por uma rede de anastomoses na mucosa anteroinferior do septo nasal. 90% dos sangramentos nasais

se concentram nessa região, em decorrência da vulnerabilidade à traumas. No entanto, tais sangramentos são mais fáceis de avaliar e tratar, seguindo geralmente um curso benigno, em comparação com a epistaxe posterior que se apresenta de maneira mais profusa. Posteriormente à concha média nasal, encontra-se o plexo de Woodruff, importante nos sangramentos posteriores e se relaciona com artérias esfenopalatinas (MORGAN; KELLERMAN, 2014).

É possível classificar a epistaxe de origem anterior quando ao exame, observa-se sangue externando-se por uma das narinas, mas não presente em cavidade oral e orofaringe. É bastante comum em crianças e adultos jovens. Já a epistaxe posterior, que é mais rara, mas mais grave, visualiza-se predominância de sangramento em região de cavidade oral e orofaringe. É mais comum após os 40 anos de idade, em decorrência de alterações degenerativas da túnica média dos vasos. Uma boa fonte de luz, além de espéculo nasal são importantes nesta análise (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

12.3.2 Condições frequentes relacionadas à epistaxe

Na avaliação do paciente que se apresenta com epistaxe, é importante o reconhecimento das condições que predispõem tal condição. O Quadro 12.3.1 ajuda a listar tais causas e pode ajudar nessa investigação.

Quadro 12.3.1 Fatores etiológicos da epistaxe

Causas locais	Traumas	Comuns em crianças, em decorrência da manipulação do septo nasal anterior. Autoinflingido, uso de cocaína, corpo estranho, fraturas nasais, intubação nasal, oxigênio nasal, cirurgias.
	Desvio de septo	Comum em adultos jovens do sexo masculino.
	Inflamação	Sinusites, doenças virais, doença granulomatosa, granuloma piogênico.

Causas sistêmicas	Outras	Fármacos, Abuso de descongestionantes nasais, miíase, corticoides tópicos ou tumores, como nasoangiofibroma, além de malformações vasculares.
	Alcoolismo	Deficiência de vitamina K, diminuição da protrombina
	Medicamentos	Aspirina, anticoagulantes, AINEs, Antibióticos, Anticoncepcionais orais, Paracetamol, Furosemida.
	Discrasias sanguíneas	Hemofilia
	HAS	Doença sistêmica mais comum
	Outras	Hepatopatias, Insuficiência renal, neoplasias, intoxicação por metais pesados.

Fonte: Duncan, Schmidt, Giugliani (2022)

12.3.3 Tratamento do episódio agudo

No episódio agudo, o tratamento consiste na resolução rápida da hemorragia. Assim, é importante avaliar durante o processo, o grau de hemorragia, o local da epistaxe (anterior ou posterior), idade do paciente, fatores precipitantes, história prévia de sangramento, além das condições clínicas do paciente e uso de medicações (BECK; SCHNEIDER; DIETZ, 2018).

Levando em consideração tais aspectos e após avaliação da perviedade das vias aéreas, orienta-se o paciente a sentar-se com o tronco ligeiramente inclinado para a frente, a fim de evitar formação de coágulos na orofaringe, e aferir o pulso e pressão

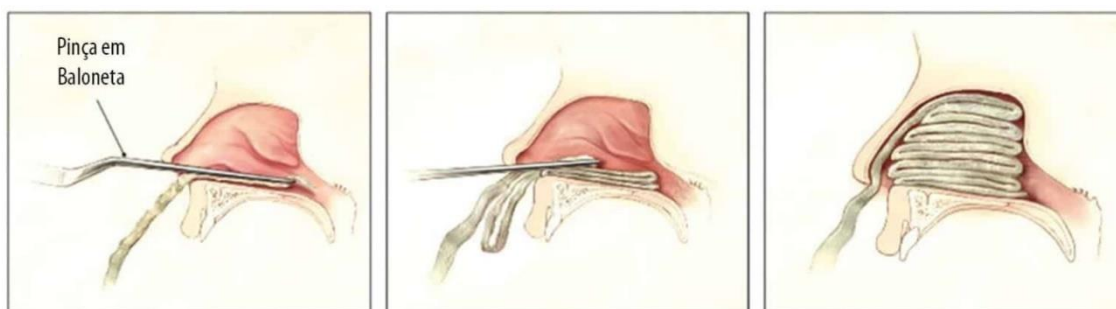
arterial. Após, o paciente deve ser conduzido a realizar leve compressão em região de asas nasais, usando polegar e indicador, mantendo pressão digital por 10 a 15 minutos. Se o sangramento for resolvido depois desta medida inicial, pode-se observar por 30 minutos, iniciar antisséptico tópico e considerar alta com orientações de cuidado com a mucosa nasal e evitar assoar o nariz por 7 a 10 dias (MORGAN; KELLERMAN, 2014).

Caso o sangramento não se resolva com as medidas anteriormente descritas, deve-se realizar aplicação de vasoconstritor tópico (oximetazolina a 0,05%, 2 jatos de cada lado) associado a anestésico local (lidocaína a 2%), comprimir por mais 10 minutos e avaliar resolução posteriormente (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A cauterização química com nitrato de prata ou ácido tricloroacético pode ser uma conduta a ser considerada nos casos de persistência de sangramento após os procedimentos anteriores serem conduzidos sem sucesso. Caso seja visualizado o ponto de sangramento (ponto vermelho menor que 1mm na rinoscopia anterior), prossegue-se aplicação, iniciando pela área ao redor do ponto de sangramento até que seja observada uma cor branco-acinzentada no local. Depois da cauterização, é necessário umedecer a região com um chumaço de algodão objetivando retirar excesso químico ou sangue e aplicar pomada antibiótica (sulfato de neomicina, 5mg, quatro vezes ao dia, por 10 dias) (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Nas situações em que o sangramento não é cessado e o ponto deste não for observado, sendo sangramento anterior, segue-se com o tamponamento nasal, usando anestesia local e gaze embebida em vaselina por empilhamento ou sanfona, conforme Figura 12.3.1.

Figura 12.3.1 Ilustração de tamponamento anterior



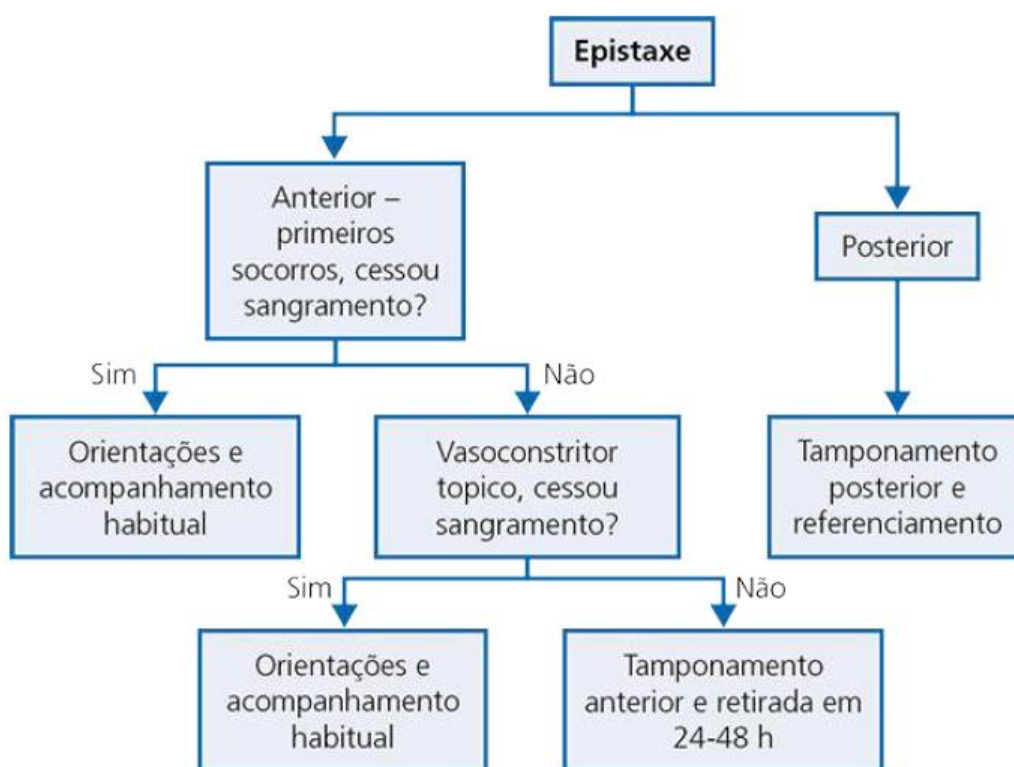
Fonte: Womack, Kropa, Jimenez (2018)

Havendo controle do sangramento, orienta-se retorno em 24 a 48 horas a fim de retirada de tampão. Nos casos de não resolução ou nos quais a retirada de tampão implica em retorno do sangramento, deve-se referenciar ao especialista. É importante durante esse procedimento fazer a contagem adequada de gazes para que seja assegurada a retirada de todas elas. Pode-se usar o tampão em dedo de luva pelo risco de aspiração e deslocamento da gaze (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Nos casos de sangramento posterior, o tamponamento deve ser realizado utilizando sonda de Foley (nº 10 a 14) a fim de estabilização do paciente. Realiza-se inserção da sonda até visualização na orofaringe e depois insufla-se o balão com 15ml de soro fisiológico 0,9%, fixando na extremidade da pele. Deve-se referenciar ao serviço de emergência imediatamente (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

O Fluxograma 12.3.1 resume a condução da epistaxe na APS.

Fluxograma 12.3.1 Manejo da epistaxe aguda



Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

12.3.4 Manejo da epistaxe recorrente

Nos casos de sangramentos nasais recorrentes e na suspeita de causa secundária, pode ser investigada coagulopatia e a solicitação de hemograma é válida inclusive para avaliação de possível quadro anêmico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O tratamento com cremes antissépticos é uma alternativa importante pois objetiva a redução de crostas e o retorno da epistaxe. É importante não realizar cauterizações frequentes pelo risco de perfuração septal (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.3.5 Atividades preventivas

As estratégias para evitar a epistaxe envolve a hidratação da mucosa nasal, como umidificar o ambiente, principalmente em ambientes ou períodos do ano mais secos, ou hidratação com solução salina. Em crianças, a manutenção de unhas aparadas a fim de diminuir o trauma de “cutucar” é uma alternativa importante (MORGAN; KELLERMAN, 2014).

Nos casos de pacientes que acabaram de se recuperar de um episódio agudo de epistaxe, deve-se orientar quanto à não realização de atividades que possam precipitar ressangramento nas primeiras 24 horas, como assoar o nariz, levantar peso ou realizar exercício físico, ingestão alcoólica ou ficar deitado (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.3.6 Quando encaminhar para Emergência

Os pacientes que se apresentam com repercussões hemodinâmicas na epistaxe aguda, principalmente em pacientes idosos com comorbidades, como doença arterial coronariana, hipertensão grave, coagulopatias ou anemia devem ser referenciados para o serviço de emergência. Além disso, conforme descrito anteriormente, todos os casos de epistaxe posterior devem ser encaminhados para emergência, após tamponamento a fim de estabilização de sangramento, dentro do possível (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.3.7 Quando encaminhar para especialista focal

Nos casos de epistaxe refratária e recorrentes, após exclusão de discrasias sanguíneas, com a realização de coagulograma, pode-se realizar encaminhamento para o serviço de Otorrinolaringologia via SISREG, principalmente na suspeita de

anormalidades anatômicas ou neoplasias, conforme preconiza a última edição do PSESAUCG. Na guia de referência, devem ser informados além do quadro clínico os seguintes exames complementares: coagulograma, raio X de cavum e de seios da face.

Nos casos de distúrbios de coagulação, pode-se referenciar ao serviço de Hematologia via SISREG após descartados medicamentos que possam interferir na coagulação sanguínea. Na guia de referência é necessário incluir o quadro clínico, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso, assim como os exames complementares: contagem de plaquetas, tempo de atividade de protrombina (TAP) e Tempo de Tromboplastina parcial ativada (TTPA), conforme PSESAUCG.

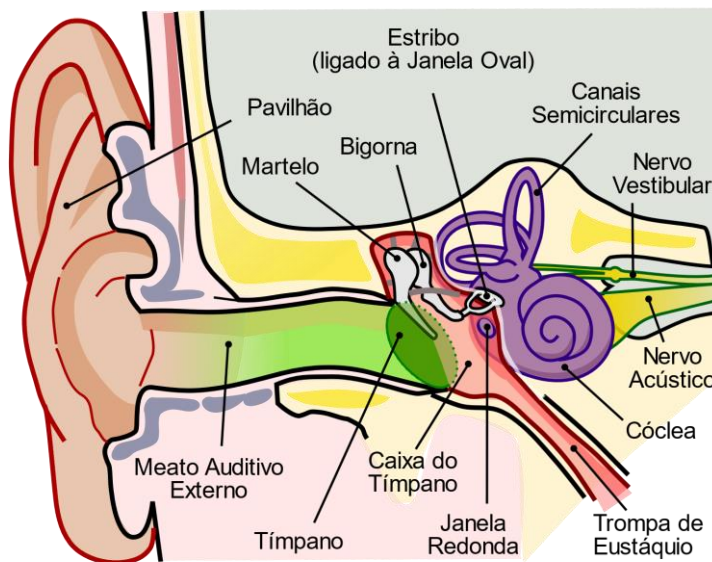
12.4 Perda auditiva

A perda auditiva é uma condição que pode afetar todas as idades. Quando ocorre em crianças, faz parte do diagnóstico diferencial do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, com prejuízo principalmente no desenvolvimento da fala e nas atividades escolares. Quando se apresenta em pacientes com idade avançada, pode estar relacionada com quadro de presbiacusia. O reconhecimento etiológico da perda auditiva é de fundamental importância, tendo em vista manejo terapêutico adequado, além de avaliação prognóstica (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

12.4.1 Perda auditiva condutiva x Perda auditiva neurossensorial

O sistema auditivo é estruturado anatomicamente conforme se observa na Figura 12.4.1.

Figura 12.4.1 Anatomia da orelha humana



Fonte: Adaptado de Chittka, Brockmann (2005)

O som é captado pelo pavilhão auricular e conduzido pelo conduto auditivo externo (CAE) até a membrana timpânica (MT). Essas duas primeiras estruturas fazem parte da orelha externa. A MT vibra permitindo a movimentação da cadeia ossicular presente na orelha média, formada pelos ossículos: martelo, bigorna e estribo. O movimento de pistão do estribo gera deslocamento de líquido dentro da

orelha interna por meio da cóclea, onde se encontra o órgão de Corti, que possui células que se despolarizam após essa cadeia de eventos, gerando estímulo elétrico que é transmitido para o nervo auditivo (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Quando o problema auditivo tem base etiológica em estruturas das orelhas externa e média, dificultando a transmissão sonora, a perda é considerada condutiva. Já quando se encontra na orelha interna e/ou nervo auditivo, a perda é considerada neurossensorial.

12.4.2 Anamnese e exame físico

É importante na consulta do paciente com perda auditiva, o questionamento quanto à lateralidade, quanto à forma de início, se súbita ou gradual, e se tem característica intermitente ou é estável. Também deve-se buscar outros sintomas associados, como vertigem e/ou zumbido, além de sintomas sugestivos de quadro inflamatório que possam justificar a hipoacusia (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

No caso de surdez desde o nascimento, a investigação da história peri e pré-natal, principalmente em relação a infecções congênicas e tratamentos pós-natal é mandatória. No adulto, a elucidação quanto à comorbidades que possam influenciar no suprimento vascular da orelha interna também tem grande relevância (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Se observado durante a entrevista, perda súbita ou rapidamente progressiva, deve-se avaliar encaminhamento para emergência a fim de investigação de neurinoma acústico. Além disso, história de traumatismo craniano merece avaliação cuidadosa a fim de exclusão de fratura do osso temporal ou descontinuidade ossicular (EDMISTON; MITCHELL, 2013).

Durante o exame físico, deve-se inicialmente realizar pressão do trágus e avaliação de quadro álgico à manipulação de pavilhão auricular a fim de investigação de possível otite externa. Após, segue-se com otoscopia, objetivando visualizar alterações em CAE e presença de cerúmen. Em muitos casos, o cerúmen justifica a perda auditiva e a remoção deste deve ser feita antes de prosseguir investigação (EDMISTON; MITCHELL, 2013). No capítulo de procedimentos deste guia existem orientações técnicas e forma adequada de conduzir a retirada de cerúmen.

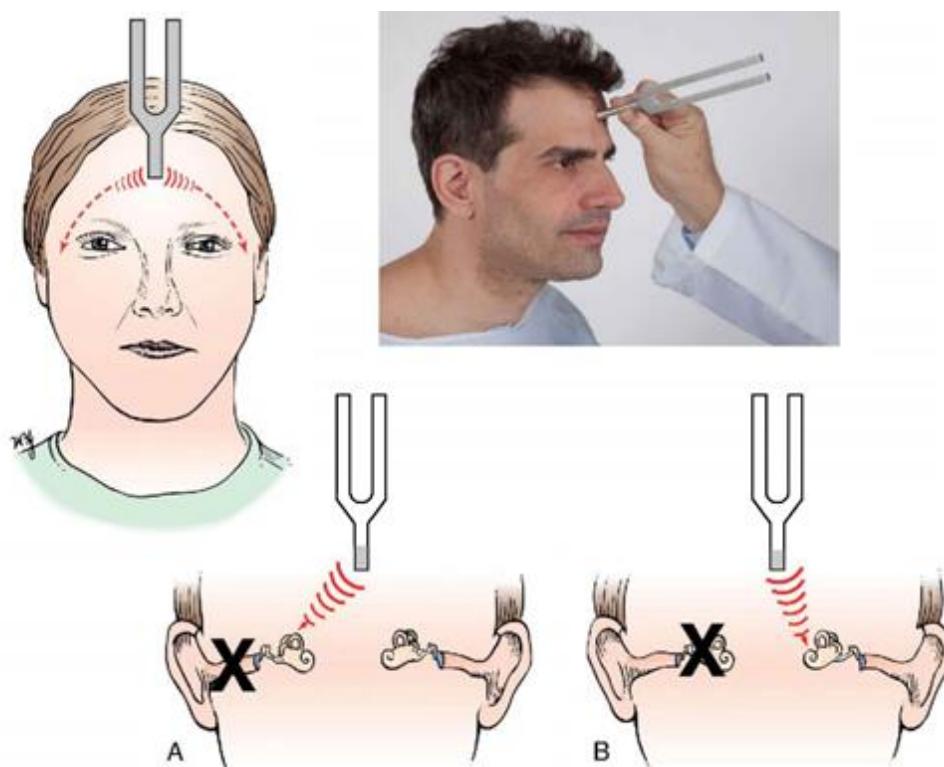
Ainda na otoscopia, deve-se observar alterações na MT, como perfurações ou retrações, além de anormalidades da cadeia ossicular da orelha média ou líquido retrotimpânico que possam sugerir otite média crônica ou otite média com efusão.

No caso de otoscopia normal, deve-se suspeitar de perda auditiva neurossensorial, não excluindo a possibilidade de ainda tratar-se de perda auditiva condutiva, devendo-se seguir análise com testes de acumetria (EDMISTON; MITCHELL, 2013).

Existem dois testes que devem ser realizados objetivando identificação de perda auditiva condutiva e/ou neurossensorial: Teste de Weber e Teste de Rinne. Antes de seguir com os dois testes, deve-se conferir a acuidade sonora em ambos os pavilhões auriculares (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O teste de Weber consiste no posicionamento do diapásão ativado em vibração na linha mediana sobre o vértice do crânio, em qualquer ponto, podendo ser sobre a ponte do nariz, a fronte ou a maxila. A Figura 12.4.2 elucida como o exame deve ser conduzido.

Figura 12.4.2 Teste de Weber



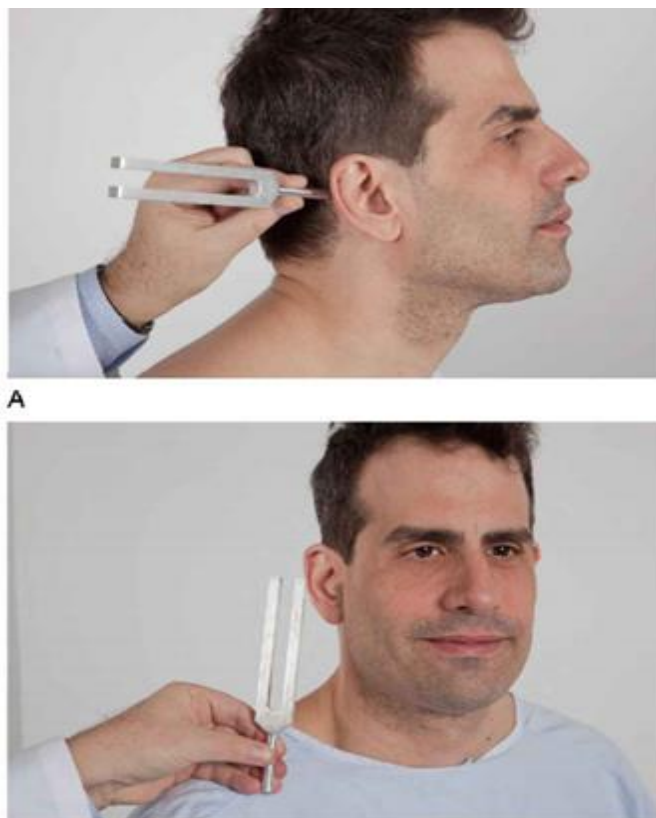
Fonte: Swartz, M. (2015)

Se o som é percebido da mesma forma bilateralmente, o teste é considerado normal. Se a percepção sonora é mais intensa para o mesmo lado da orelha em que há perda auditiva, a perda é considerada condutiva. Quando há perda neurossensorial, existe lateralização sonora para o lado contralateral à orelha

acometida. Na Figura 12.4.2, em A, observa-se o padrão do exame na perda condutiva, e em B na perda neurossensorial (VIKRAM; NASEERUDDIN, 2004).

No teste de Rinne faz-se a comparação entre a condução óssea e a condução aérea. Após ativação do diapásão, coloca-se o instrumento primeiramente no osso da mastóide (via óssea) e, em seguida, na frente do pavilhão auricular (via aérea), conforme mostra a Figura 12.4.3. Normalmente, o som é percebido de maneira mais intensa por via aérea do que por via óssea, o que caracteriza o teste como positivo. O teste de Rinne é considerado negativo quando o som é captado de maneira mais forte por via óssea, o que indica perda condutiva daquele lado. O teste positivo pode indicar audição normal ou hipoacusia neurossensorial (VIKRAM; NASEERUDDIN, 2004).

Figura 12.4.3 Teste de Rinne



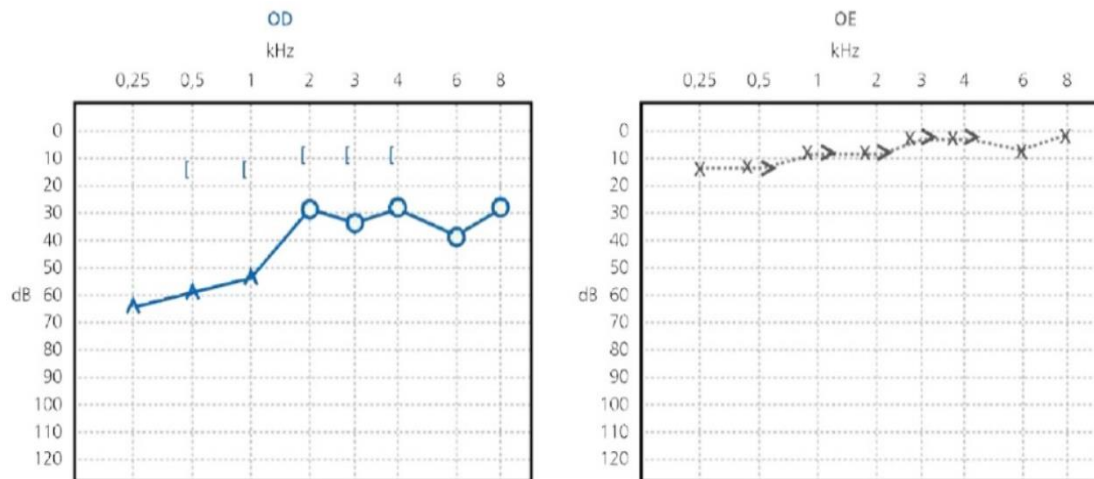
Fonte: Swartz (2015)

12.4.3 Indicação de exames

A audiometria é um dos exames mais solicitados quando não é possível caracterizar o tipo por meio da anamnese e exame físico e para confirmação da perda auditiva do indivíduo. Com a audiometria é possível diferenciar se a perda é condutiva,

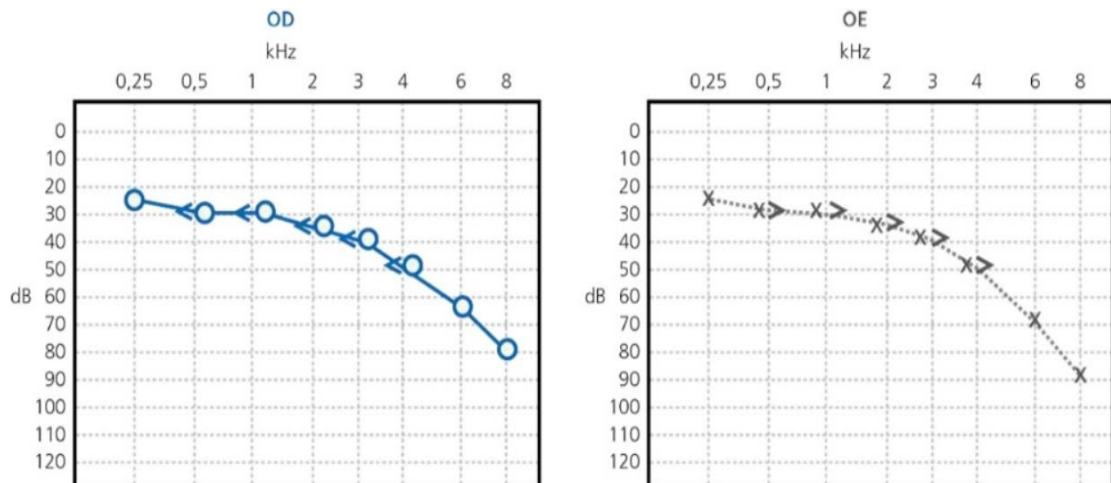
neurossensorial ou mista. As Figuras 12.4.4, 12.4.5 e 12.4.6 apresentam exemplos deste exame.

Figura 12.4.4 Audiometria com perda condutiva à direita



Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

Figura 12.4.5 Audiometria com perda auditiva neurossensorial bilateral



Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

Figura 12.4.6 Perda auditiva mista



Fonte: Adaptado de Pignatari, Anselmo-Lima (2017)

Para interpretar, é importante saber que o limite considerado para definição de perda auditiva é de 25 decibéis (dB). Os símbolos “O” e “X” caracterizam a via aérea, sendo que o “O” é padronizado para orelha direita e o “X” para orelha esquerda, e os “<” e “>” ou “[” e “]” caracterizam a via óssea, sendo que “<” e “[” referem a orelha direita e “>” e “]” a orelha esquerda (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

Na Figura 12.4.4, observa-se que somente a via aérea encontra-se rebaixada na orelha direita (acima de 25db), e existe um *gap* aéreo-ósseo > 10 dB, o que configura uma perda auditiva condutiva na orelha direita. Já na orelha esquerda da mesma figura, visualiza-se que via aérea e óssea “andam juntas” e acima de 25 dB, o que não caracteriza perda auditiva (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017). Na Figura 12.4.5 é demonstrado o padrão de perda neurossensorial. Neste caso, via aérea e óssea encontram-se acima de 25 dB e o *gap* aéreo-ósseo deve ser de até 10 dB (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

Por fim, na perda auditiva mista, representada pela Figura 12.4.6, observa-se que via aérea está acima de 25 dB, assim como via óssea, existindo um *gap* > 10 entre elas, marcando o padrão deste tipo de hipoacusia (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

Além da audiometria, exames como hemograma completo, glicemia, função tireoidiana, *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), testes de autoimunidade, perfil lipídico, podem ser úteis na investigação etiológica principalmente de perdas auditivas neurossensoriais, pois muitas vezes esta condição está ligada a anormalidades metabólicas. A ressonância magnética de encéfalo e nervos auditivos nos casos de perda súbita ou rapidamente progressiva para investigação de

neurinoma do acústico ou outros processos tumorais, assim como tomografia computadorizada de orelhas para complementação a fim de avaliação de grau de comprometimento nos casos de otite média crônica também são exames relevantes (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.4.4 Principais entidades envolvidas na perda auditiva condutiva

O Quadro 12.4.1 lista as principais causas de perda auditiva condutiva, assim como suas características e como podem se manifestar, podendo auxiliar no manejo.

Quadro 12.4.1 Etiologias no diagnóstico de perda auditiva condutiva

Orelha externa – Surdez condutiva		
Causa	Características	Manifestações
Malformação congênita	Falha no desenvolvimento na 8 ^a -28 ^a semana de gestação	Surdez condutiva leve a moderada, até 60 dB em casos de atresia ou estenose significativa.
Cerume	Produto de glândula sebácea e ceruminosa; Acúmulo: aumento da produção, alteração anatômica ou estreitamento do CAE, falha no mecanismo de “autolimpeza”, uso de cotonetes e protetores auriculares	Se impactado, pode causar perda auditiva condutiva (5-40 dB), desconforto, sensação de orelha cheia, prurido, zumbido.
Otite externa	Bloqueio do CAE por acúmulo de debris, edema ou inflamação	Dor à manipulação do pavilhão auricular e trágus, otorreia.
Tumores	Carcinoma epidermoide: mais comum entre os malignos; Exostoses e osteomas: crescimentos ósseos benignos do CAE recobertos por pele normal	Dor, otorreia, perda auditiva; Ausência de resposta a múltiplos tratamentos com antibiótico.

Orelha média – Surdez condutiva		
Causa	Características	Manifestações
Congênita	Atresia ou malformação da cadeia ossicular	Otoscopia normal; Perda auditiva condutiva
Otoesclerose fenestral	Osteodistrofia localizada da cápsula ótica com fixação do estribo; mobilidade da cadeia ossicular prejudicada	Otoscopia normal; Evolução progressiva
Otite média aguda (OMA)	Secreção na orelha média: diminuição da vibração da cadeia ossicular	Otalgia, febre, sensação de orelha cheia; Ostoscopia: hiperemia, abaulamento da MT
Otite média com efusão (OME)	Efusão na orelha média na ausência de sinais de infecção; Geralmente segue episódio reconhecido ou não de OMA	Mais comum em crianças;
Perfuração timpânica	Trauma, infecções, cotonete, otite média crônica	Perda de grau variável, dependendo da localização e do grau de perfuração; Otorreia episódica
Otite média crônica colesteatomatosa	Crescimento do epitélio escamoso da orelha média; Possibilidade de envolvimento e erosão da cadeia ossicular, mastoide e CAE	Perda auditiva, otorreia fétida contínua, indolor
Tumor do glomo jugular	Paragangliomas benignos do promontório coclear ou bulbo da jugular. Erosão óssea adjacente	Massa avermelhada retrotimpânica pulsátil; Perda auditiva condutiva, zumbido pulsátil

Adaptado de Gusso, Lopes, Dias (2019)

12.4.5 Principais entidades envolvidas na perda auditiva neurosensorial

O Quadro 12.4.2 lista as principais causas de perda auditiva neurosensorial, suas características e como podem se manifestar.

Quadro 12.4.2 Etiologias no diagnóstico de perda auditiva neurosensorial

Orelha interna – Surdez neurosensorial		
Causa	Características	Manifestações
Surdez genética	Autossômica dominante ou recessiva (mais comum)	Presente ao nascimento, progressiva desde o nascimento ou de início na idade adulta; Associada à síndrome ou à mutação espontânea
Infecções	Citomegalovírus, Rubéola, Toxoplasmose, Sífilis gestacional ou perinatal	Perda auditiva em graus variados podendo ser a causa de surdez congênita profunda
Presbiacusia	Perda auditiva associada ao envelhecimento; Intensidade e progressão influenciadas por infecções, uso de medicamentos, genética, exposição ao ruído ao longo da vida, comorbidades	Mais significativa após 60 anos, bilateral, simétrica, iniciando com perdas em altas frequências (agudos); Dificuldade de escutar ou compreender sons agudos em locais ruidosos
Doença de Menière	Anormalidade na hemóstase iônica e do líquido da orelha interna; Excesso de endolinfa e distensão do labirinto membranoso	Crises episódicas de vertigem; Piora de perda auditiva e zumbido durante crises, plenitude aurál; Perda auditiva em frequências baixas (graves) flutuante

PAIR	Ocupacional, uso de fones de ouvido em volume alto; Perda auditiva em indivíduos suscetíveis se intensidade e tempo de exposição forem suficientes	A perda auditiva se inicia em altas frequências, progressão gradual; Geralmente, a perda auditiva não ultrapassa 45 dB nas frequências baixas e 75 dB nas altas
Tumores	Orelha interna: geralmente benignos; Mais comum: neurinoma do acústico	Perda auditiva unilateral ou assimétrica; Zumbido unilateral, desequilíbrio, cefaleia, hiperestesia facial
Alterações sistêmicas e metabólicas	Diabetes, hiperinsulinismo, aterosclerose, doença vascular periférica, hipertensão, dislipidemia, alterações tireoidianas	Perda auditiva bilateral, em geral, simétrica e lentamente progressiva
Surdez autoimune	Deposição de imunocomplexos na orelha interna; Pode estar associada a outras doenças autoimunes sistêmicas	Perda auditiva bilateral, assimétrica, flutuante e pode ser rapidamente progressiva
Ototoxicidade	Substâncias que podem afetar o sistema auditivo e vestibular; Antibióticos e quimioterápicos; Alguns diuréticos e salicilatos	Perda auditiva associada ou não a zumbido, labirintopatia periférica
Neurológica	AVC, esclerose múltipla e malformação de Arnold Chiari podem manifestar-se com perda auditiva e vertigem	AVC: perda auditiva, ataxia de início recente, dificuldades na articulação das palavras, vertigem, instabilidade; Arnold-Chiari: perda

		auditiva, dor fascial, cefaleia, fraqueza muscular
--	--	--

Adaptado de Gusso, Lopes, Dias (2019)

12.4.6 Tratamento

Quando se observa presença de cerúmen no CAE ao exame otoscópico da pessoa com hipoacusia, a remoção deste deve ser a primeira abordagem, funcionando como tratamento da condição e muitas vezes como parte da investigação. Vide capítulo de procedimentos para estudo da técnica.

Nos demais casos de perda auditiva condutiva, o cuidado deve ser compartilhado com especialista focal a fim de avaliação de necessidade de tratamento cirúrgico, como quando há perfuração timpânica, otoesclerose, interrupção de cadeia ossicular e também otite média colesteatomatosa (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Aparelhos auditivos de amplificação sonora individual (AASI) são opções consideráveis para pacientes que tem a hipoacusia como limitador importante das suas atividades sociais e laborativas e principalmente quando existe perda de base neurosensorial. Em crianças deve-se atentar para que não exista prejuízo na aquisição da linguagem, portanto tal método deve ser instituído assim que o diagnóstico é realizado (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O implante coclear (IC) é opção principalmente para aqueles que apresentam perda severa e profunda e para os quais o AASI não demonstrou benefício, como surdez congênita severa a profunda e surdez pós lingual, no caso de adultos, com período diminuído de privação auditiva (FARINETTI *et al.*, 2018).

12.4.7 Encaminhamento para reabilitação auditiva via SISREG

De acordo com a última edição do PSESAUCG, os casos que merecem reabilitação auditiva devem ser encaminhados via SISREG preferencialmente após confirmação de perda auditiva e o tipo desta com audiometria ou exame de emissões otoacústicas evocadas, no caso de crianças de 0 a 3 anos. Tais exames também podem ser solicitados pelo médico da APS. Na solicitação, deve-se incluir o histórico da perda auditiva, o quadro clínico atual e a limitação funcional ocasionada pela deficiência.

12.4.8 Atividades preventivas e de educação

Visando prevenção de perda auditiva, nos casos de surdez congênita, o pré-natal adequado com enfoque na vacinação e controle de transmissão vertical é bastante importante. Para pacientes que se expõem durante atividades laborativas à ruídos, é considerável a realização de orientações quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI's). Além disso, questionar sobre a forma de uso de fones de ouvido e aconselhar quanto a limitação de volume e frequência de uso são ações valiosas objetivando prevenção de perda auditiva (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.5 Dor de ouvido e otites

A otalgia é um sintoma bastante prevalente na atenção primária, devendo-se ter uma atenção para as crianças que ainda não conseguem verbalizar, tendo quadro álgico sugerido após a observação de crises de choro, manipulação excessiva do pavilhão auricular e/ou demais alterações de comportamento observadas pela mãe. A dor de ouvido se relaciona muitas vezes à IVAS, corpo estranho, otites e rolha de cerume. Nesta parte do guia o foco será direcionado para abordagens de otites (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.5.2 Otite externa

Dentre as causas de otalgia que se apresentam na APS, a otite externa (OE) merece bastante atenção. Deve-se atentar durante a anamnese desta condição para além da otalgia, a investigação de história banho de piscina, manipulação do conduto auditivo, especialmente com o uso de cotonetes, tendo em vista que esse quadro se relaciona com a remoção da barreira impermeabilizante de proteção presente no canal auditivo externo (CAE), assim como alcalinização da região, permitindo proliferação bacteriana. O agente mais comum é a *Pseudomonas aeruginosa*, levando a otite externa difusa (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

No exame físico, observa-se dor à pressão do tragus e à mobilização do (CAE), tendo, portanto, exame de otoscopia dificultado em razão do quadro álgico. Na otoscopia, pode se encontrar hiperemia e edema importantes, muitas vezes com redução do diâmetro. Quando é visualizada secreção azul-esverdeada pode-se sugerir infecção por *Pseudomonas aeruginosa*, conforme demonstra a Figura 12.5.1 (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Figura 12.5.1 Otite externa difusa aguda



Fonte: Duncan, Schmidt, Giugliani (2022)

Para o tratamento desta condição deve-se empregar medicamentos tópicos contendo polimixina B, neomicina, gentamicina, cloranfenicol ou ciprofloxacino. A escolha do antibiótico é empírica, partindo do fato de a *Pseudomonas* ser o principal agente causador. Quando o tratamento é refratário, pode-se valer do exame de cultura da secreção do CAE, principalmente em imunossuprimidos, a fim de direcionar antibioticoterapia específica para o caso. Uso de analgésicos na fase aguda também pode ser realizado concomitantemente, especialmente no início do quadro, a fim de alívio da dor (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Além disso, é importante a realização de orientações quanto ao cuidado com água no CAE durante o banho, uso de protetores auriculares, principalmente em nadadores, esportes aquáticos ou banhos de piscina; desestimular o uso de cotonetes ou manipulação de CAE com outros objetos; e minimizar o uso de fone de ouvido (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

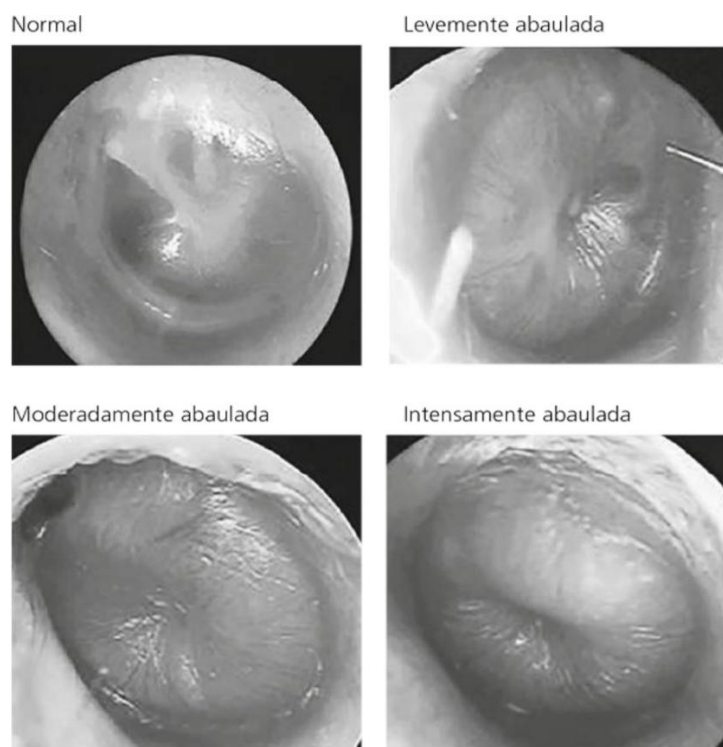
12.5.3 Otite média aguda

A otite média aguda (OMA) se caracteriza pela inflamação da orelha média com a presença de efusão (líquido), no interior da cavidade exercendo efeito de pressão, tendo início de sinais e sintomas de maneira súbita. Este quadro pode ser secundário à IVAS e pode ser não complicada (quando não há otorreia, a febre é baixa e a otalgia é leve), grave (quando há febre alta, otorreia e otalgia moderada a severa) e recorrente (quando se documenta três ou mais episódios nos últimos 6 meses ou quatro ou mais episódios nos últimos 12 meses, com pelo menos um episódio nos últimos 6 meses). É mais comum na infância tendo em vista anatomia da tuba auditiva e prevalência de IVAS nessa faixa etária. Os três agentes etiológicos mais comumente encontrados são: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, e a *M. catarrhalis* (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Na anamnese é importante a atenção especialmente para crianças menores, tendo em vista que o principal sintoma, que é o quadro álgico, não é possível ser referido. Portanto, irritabilidade, choro, sono agitado, dificuldade para se alimentar, quadro febril, especialmente quando associados à IVAS prévia ou atual, sugerem OMA e deve-se prosseguir com avaliação otológica cuidadosa (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

No exame físico, é importante atentar-se para a observação de sintomas dolorosos durante otoscopia. O abaulamento da membrana timpânica (MT) na otoscopia é a principal manifestação, conforme ilustra a Figura 12.5.2.

Figura 12.5.2 Otoscopia evidenciando membrana timpânica



Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

Os critérios, portanto, que envolvem a aproximação do diagnóstico de OMA são: abaulamento leve da MT com otalgia há menos de 48 horas (segurar, puxar ou esfregar a orelha em criança que não verbaliza) ou hiperemia intensa de MT; abaulamento moderado/intenso da MT; otorreia de início recente não devida à otite externa (GUSO; LOPES; DIAS, 2019).

A otite média com efusão (OME) se relaciona com a presença de líquido na orelha média sem evidência de sinais ou sintomas de infecção, se apresentando com hipoacusia, sensação de “orelha entupida” ou de estalos no ouvido, sendo oligossintomática. Pode-se visualizar na otoscopia a presença de MT retraída, vascularizada, com diminuição da mobilidade e com coloração variável a depender do tipo de efusão encontrada, como demonstra as Figuras 12.5.3 e 12.5.4.

Figura 12.5.3 Otoscopia evidenciando otite média com efusão



Fonte: Duncan, Schmidt, Giugliani, 2022

Figura 12.5.4 Otoscopia evidenciando OME com alteração da MT



Fonte: Duncan, Schmidt, Giugliani, 2022

Na OMA, o tratamento envolve antibioticoterapia precoce, podendo ser conservador a depender da sintomatologia, idade do paciente e vulnerabilidade, como resume o Quadro 12.5.1.

Quadro 12.5.1 Tratamento da OMA

Condição	Decisão
OMA severa: otalgia moderada/intensa, OU há mais de 48h, OU febre > 39°.	Iniciar antibiótico.

OMA bilateral não severa em crianças de 6-24 meses: otalgia leve, há menos de 48h E temperatura < 39°.	Iniciar antibiótico.
OMA unilateral não severa em crianças de 6-24 meses: otalgia leve, há menos de 48h, e temperatura < 39°.	<p>Iniciar antibiótico</p> <p>OU</p> <p>Oferecer observação contínua, por decisão compartilhada com os cuidadores, desde que seja assegurado o seguimento e possibilidade de iniciar antibiótico se não houver melhora em 48/72h do início dos sintomas</p> <p>OU</p> <p>Fornecer a receita de antibiótico para ser usado posteriormente se não houver tal melhora.</p>
OMA não severa em crianças > 24 meses: otalgia leve, há menos de 48h, e temperatura < 49°.	<p>Iniciar antibiótico</p> <p>OU</p> <p>Oferecer observação contínua, por decisão compartilhada com os cuidadores, desde que seja assegurado o seguimento e a possibilidade de iniciar antibiótico se não houver melhora em 48h/72h do início dos sintomas</p> <p>OU</p> <p>Fornecer a receita de antibiótico para ser usado posteriormente se não houver tal melhora.</p>

Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

Além do tratamento com antibiótico, deve-se tomar medidas para o controle algico. Dessa forma, analgésicos simples e AINES são bem empregados. O antibiótico mais comumente usado para o tratamento dessa afecção é amoxicilina, tendo em vista os agentes etiológicos mais prevalentes. Deve-se indicar este antibiótico em monoterapia na dose de 75-90 mg/kg/dia em duas tomadas diárias ou 45-60mg/kg/dia em três tomadas nos casos de OMA não severa e desde que o paciente não tenha feito uso deste nos últimos 30 dias. A amoxicilina em associação ao clavulanato na dose de 90mg/6,4mg/kg/dia, 2 vezes ao dia, é outra opção terapêutica para os casos de OMA com conjuntivite purulenta, OMA severa e quando o paciente fez uso de amoxicilina nos últimos 30 dias. Outras opções de antibiótico envolvem a ceftriaxona e clindamicina com ceftriaxona, reservados para os casos de falha terapêutica após 48/72 horas ou intolerância à medicação via oral (LE SAUX; ROBINSON, 2016).

Na OME pode-se valer de conduta expectante, principalmente quando a criança não apresenta risco de problemas de desenvolvimento. Nesses casos, observa-se resolução durante 3 meses. Nos casos que não evoluem com melhora ou que apresentam risco de atraso de desenvolvimento devem ser encaminhados para especialista focal a fim de inserção de tubo de ventilação (ROSENFELD et al, 2016).

12.5.4 Otite média crônica

Otite média crônica (OMC) pode ser definida como quadro inflamatório com presença de dano tecidual irreversível, geralmente se apresentando com perfuração timpânica, otorreia crônica e hipoacusia. Classifica-se a OMC como colesteatomatosa e não colesteatomatosa (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

O diagnóstico dessa condição é feito por meio especialmente da otoscopia em que se visualiza alterações estruturais na cadeia ossicular da orelha média, sendo mais proeminente na OMC colesteatomatosa e presença de otorreia crônica. Quando suspeitada dessa condição, deve-se referenciar para acompanhamento conjunto com especialista focal a fim de avaliação de abordagem cirúrgica, tendo em vista perda tecidual relacionada ao quadro e dano auditivo. A Figura 12.5.5 ilustra o padrão otoscópico da OMC não colesteatomatosa, evidenciando perfuração timpânica ampla (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

Figura 12.5.5 Otoscopia da OMC não colesteatomatosa



Fonte: Pignatari, Anselmo-Lima (2017)

12.5.5 Quando referenciar

Os casos de OMA que persistem por 48 a 72 horas após início de antibioticoterapia e tratamento de controle de sintomas devem ser referenciados para o serviço de urgência a fim de avaliação de internação. Também, os casos de OMA que evoluem para perda auditiva após resolvido quadro agudo devem ser referenciados para investigação (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O PSESAUCG preconiza o encaminhamento via SISREG de otites de repetição e casos que não responderam ao tratamento convencional instituído. Antes do encaminhamento deve-se realizar, se possível, cultura e antibiograma da secreção do conduto auditivo.

12.6 Tontura e Vertigem

No contexto da APS, a queixa de tontura é bastante recorrente, sendo um sintoma que afeta mais comumente o sexo feminino, na prevalência de 61%, e indivíduos com idade maior que 70 anos. Trata-se de um termo abrangente e que deve ser adequadamente diferenciado na fase de entrevista e exame físico do paciente objetivando condução adequada (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

12.6.1 Definição: Tontura x Vertigem

Por abordar fenômenos diferentes, é importante identificar o quadro de tontura do paciente dentro de um dos diagnósticos: vertigem, pré-síncope, desequilíbrio e hiperventilação (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A vertigem pode ser caracterizada pela sensação de rotação ou movimento ilusório do seu corpo ou objetos ao redor, sem que o indivíduo esteja em movimento. Na pré-síncope o paciente percebe desmaio iminente, que pode se manifestar com perda de consciência, borramento visual, calor ou náuseas. Quando há sensação de instabilidade postural durante a deambulação, sem a percepção de rotação ou desfalecimento, característicos da vertigem e pré-síncope, pode-se estar diante de quando de desequilíbrio. Já na hiperventilação, a apresentação é mais vaga e pode se manifestar com descrição de “cabeça-vazia” (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Nesta parte do guia, o foco será direcionado para as vertigens, especialmente as de origem periférica.

12.6.2 Diferenciação: Vertigem periférica x Vertigem central

As vestibulopatias de origem periférica possuem relação com o órgão vestibular da orelha interna e do nervo vestibular, enquanto as de origem central estão associadas à problemas do sistema nervoso central. Nos casos de vertigem periférica, a falsa percepção de movimento pode ser desencadeada em decorrência de uma assimetria na atividade dos dois labirintos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Neste guia, o capítulo de Abordagem a Problemas Neurológicos possui orientações quanto à condução da vertigem central.

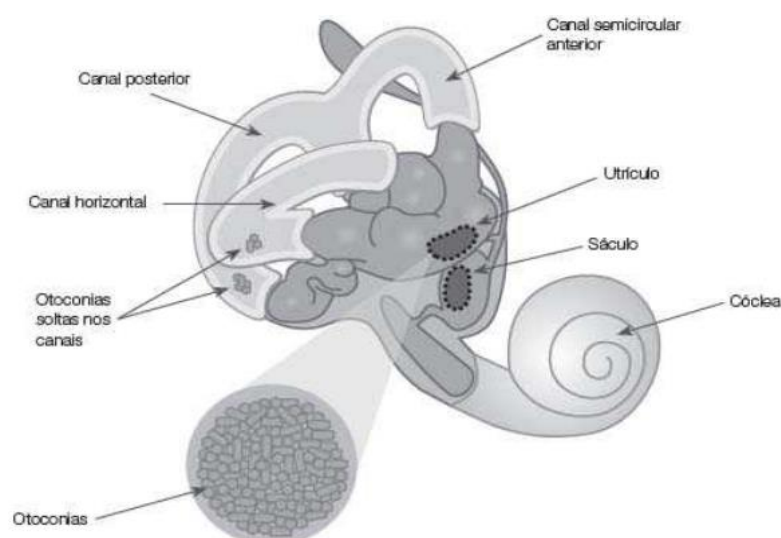
12.6.4 Causas de vertigem periférica

As causas mais comuns envolvem a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), neuronite vestibular e labirintites, síndrome de Ménière e cinetoses.

No contexto do diagnóstico diferencial das vertigens na APS, a VPPB é considerada a mais prevalente, sendo considerada uma vestibulopatia periférica caracterizada por uma reação anormal do sistema equilibrador a certas posições da cabeça. A fisiopatologia da VPPB envolve a afecção da orelha interna, especificamente nos canais semicirculares, em decorrência da formação de cristais de carbonato de cálcio (otocônias) na endolinfa do utrículo e/ou sáculo que se deslocam para tais canais, sendo o canal posterior o que costuma ser mais afetado (BHATTACHARYYA *et al.*, 2017).

A Figura 12.6.1 ilustra a estrutura do labirinto e representa onde ocorre a formação dos cristais de carbonato de cálcio responsáveis por esta afecção. Esse quadro se manifesta com vertigens de duração menor que um minuto, com sintomas inicialmente mais fortes, podendo ter associação com náuseas ou vômitos (BHATTACHARYYA *et al.*, 2017).

Figura 12.6.1 Anatomia do labirinto e demonstração das otocônias no utrículo e sáculo



Fonte: Tadeu (2019)

A neuronite vestibular envolve a inflamação do nervo vestibular decorrente de infecção viral, caracterizando-se por uma mononeuropatia, portanto sem acometimento auditivo. Já na labirintite, além do nervo vestibular, ocorre inflamação do labirinto, gerando sintomas associados como hipoacusia e zumbido. Em ambos os diagnósticos, a vertigem é aguda, de início abrupto, com evolução lenta, podendo persistir por semanas (STRUPP; MANDALÀ, LÓPEZ-ESCÁMEZ, 2019)

A síndrome de Mènière é outra condição que deve ser suspeitada quando o indivíduo se apresenta com sintomas vertiginosos. Esta afecção se relaciona com crises espontâneas e recorrentes associadas à perda auditiva, zumbido ou plenitude aural. A base etiológica pode envolver anormalidades metabólicas, dislipidemia, tireoidopatias, autoimunidade, predisposição genética, sendo, portanto, de origem multifatorial (STRUPP; MANDALÀ, LÓPEZ-ESCÁMEZ, 2019).

A cinetose se apresenta com sintomas de tontura, sudorese, palidez, náuseas, vômitos e mal estar, tendo relação com estímulo intenso do sistema vestibular, especialmente em viagens de carro ou barco. Apresenta relação com a interpretação errônea de informações decorrente do sistema de equilíbrio (vestibular, proprioceptivo e visual). A remissão é espontânea, após cessação do fator desencadeante (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.6.5 Anamnese e exame físico

A anamnese é a parte principal na abordagem das vertigens, tendo em vista que quando o paciente se apresenta no consultório, ele geralmente manifesta uma queixa vaga de tontura que deve ser diferenciada em vertigem, pré-síncope, desequilíbrio ou hiperventilação. Na cinetose, por exemplo, o diagnóstico é clínico. O paciente em geral possui história de estar em movimento em viagem de carro, ônibus, avião ou barco e, portanto, a entrevista adequada do paciente é fundamental (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

É importante o questionamento quanto ao tempo de duração dos sintomas, às condições predisponentes, sintomas associados, uso de medicamentos, doenças cardiovasculares e fatores de risco para quedas. A investigação da história patológica pregressa também merece ser realizada, pois condições, como a VPPB, por exemplo, apresenta ligação com cirurgias otológicas ou trauma cranioencefálico, apesar de na maioria das vezes ter origem idiopática (BHATTACHARYYA *et al.*, 2017).

Durante o exame físico, deve-se realizar avaliação otoscópica e acumetria, tendo em vista que algumas vertigens se apresentam juntamente com perda auditiva. A avaliação neurológica e pesquisa de nistagmo são itens que não podem ser deixados de lado no exame. Na avaliação do nistagmo é relevante a identificação das características do nistagmo de origem central, que se manifesta sem latência, piora com a fixação do olhar e por ter várias direções, diferentemente do de origem periférica que tem latência e é unidirecional (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

Na suspeita de VPPB, deve-se seguir com a realização de manobra de Dix-Hallpike. Esta manobra com resultado negativo não exclui o diagnóstico, tendo na APS valor preditivo positivo de 83% e valor preditivo negativo de 52%. A Dix-Hallpike consiste na observação de nistagmo e sintomas vertiginosos após lateralizar a cabeça do paciente a 45° e deixá-la pendente fora da maca por 20 segundos, como ilustra a figura 12.6.2 (BHATTACHARYYA *et al.*, 2017).

Figura 12.6.2 Manobra Dix-Hallpike

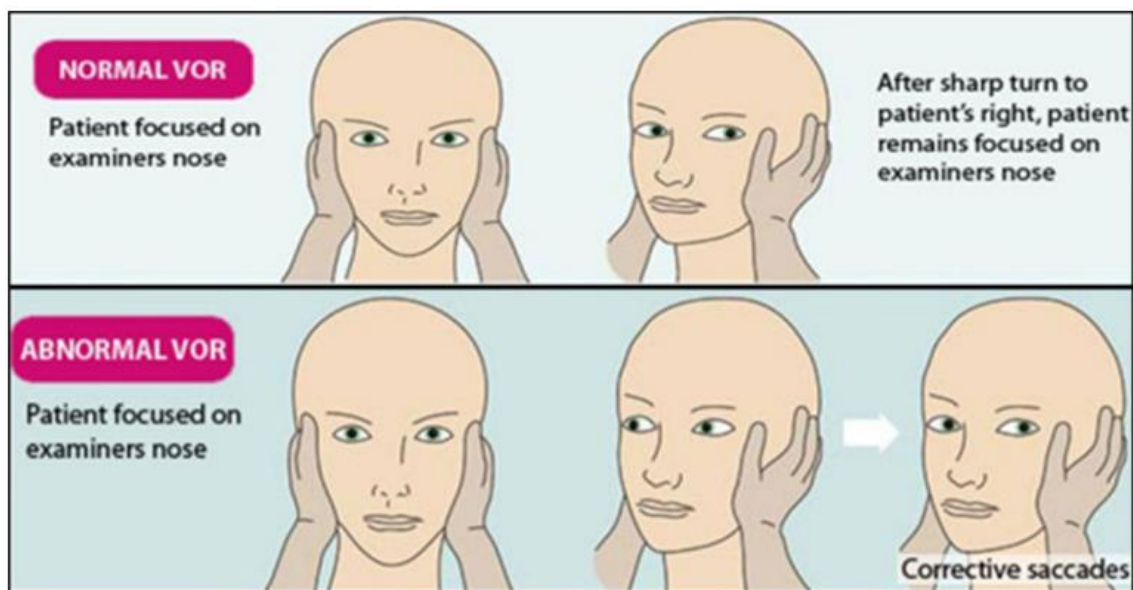


Fonte: Santos (2006)

Outra manobra que pode ser realizada durante o exame físico objetivando elucidação diagnóstica é a Head Impulse Test (HIT), principalmente quando há suspeita de neurite vestibular. Ela é realizada com o paciente sentado de frente e com o olhar fixo no nariz do profissional examinador, que mobiliza rapidamente 10 graus para a direita e 10 graus para a esquerda repetidamente a cabeça do indivíduo. Na observação de uma sacada compensatória que se caracteriza por um movimento rápido do olho, o teste é considerado positivo e sugere lesão vestibular periférica, já na ausência de sacada compensatória pode-se sugerir acometimento de origem central (CHAWLA; ABDURAHIMAN; VENKATAKARTHIKEYAN, 2018).

A Figura 12.6.3 exemplifica esta manobra.

Figura 12.6.3 Head Impulse Test



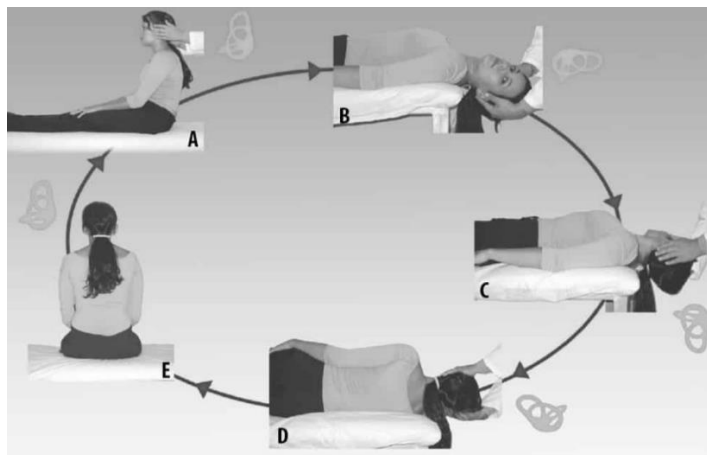
Fonte: Chawla, Abdurahiman, Venkatakarthikeyan (2018)

12.6.6 Tratamento

O tratamento vai depender da causa da vertigem. A maioria das vertigens na APS se relacionam com a VPPB, tendo como base do tratamento a manobra de Epley. Os estudos não demonstram benefício do tratamento farmacológico para esse quadro. A manobra de Epley leva a resolução dos sintomas de maneira rápida e fundamenta-se na reposição otolítica. Após a observação de nistagmo e/ou vertigem com Dix-Hallpike, segue-se com lateralização da cabeça para o lado oposto e orienta-se que o paciente deite sobre o ombro do mesmo lado de forma que o nariz fique apontado para o chão, mantendo-o por um período de 30 a 45 segundos, como evidencia a Figura 12.6.4 (BRUINTJES, 2014).

Além disso, a reabilitação vestibular pode ser uma ferramenta útil no rol do tratamento não farmacológico e envolve atividades em conjunto na forma de desafios de equilíbrio e coordenação motora, sendo alternativa importante especialmente na neuronite vestibular. Nos casos de cinetose, orientações como fixação do olhar durante o trajeto da viagem, objetivando diminuição do estímulo visual pode ser medida auxiliar a fim de evitar o surgimento desta afecção (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Figura 12.6.4 Manobra de Epley



Fonte: Santos (2006)

Os medicamentos costumam ser empregados em momentos de crises objetivando alívio rápido dos sintomas e envolvem antieméticos e antivertiginosos. É comum na prática clínica se deparar com pacientes que fazem uso crônico de tais fármacos que podem levar prejuízos a longo prazo, como sintomas de parkinsonismo. Tais medicamentos que envolvem cinarizina, flunarizina, dimenidrinato e prometazina, podem ser prescritos por um curto período de no máximo 3 dias (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

As evidências são frágeis quanto ao tratamento farmacológico para o quadro de VPPB. Na cinetose, o dimenidrato pode ser usado inclusive em crianças. No caso de doença de Ménière, a betaistina na dose de 16mg, três vezes ao dia, pode ser utilizada como profilaxia tendo evidência de diminuir a frequência e o grau das crises (BHATTACHARYYA *et al.*, 2017) (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A literatura orienta que o tratamento farmacológico seja desencorajado na maioria dos casos de vertigem, tendo em vista que no geral apresentam características de benignidade, fundamentando-se na teoria de adaptação central que pode ser dificultada com o tratamento medicamentoso. Dentro da APS, o reconhecimento pelo médico de família e comunidade de pacientes que fazem uso principalmente de antieméticos, como metoclopramida, e antivertiginosos, como cinarizina e flunarizina, é pertinente, pois muitos desses pacientes podem apresentar risco de desenvolver parkinsonismo (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.6.7 Quando referenciar

Pacientes que se apresentam com sintomas vertiginosos associados à hipoacusia merecem avaliação conjunta com especialista focal, tendo em vista avaliação de possível doença de Ménière. Geralmente, o início do manejo pode ser realizado na APS. Casos que são sugestivos de acometimento central, como AVC, devem ser referenciados para emergência (GUSSO, LOPES, DIAS, 2019).

A última edição do PSESAUCG orienta que na guia de referência seja descrito sucintamente o quadro clínico do paciente, tempo de evolução, exames e tratamentos já realizados, além de medicamentos em uso.

12.7 Zumbido

Pode-se definir o zumbido como a sensação sonora percebida quando não existe estímulo acústico externo correspondente. Muitas vezes tal percepção se dá na forma de chiado, apito, barulho de chuveiro, campainha ou de pulsação do coração. O zumbido pode variar desde uma manifestação passageira até aqueles com impacto nas atividades de vida diária, merecendo uma investigação etiológica mais profunda (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

12.7.1 Tipos de zumbido

O zumbido pode ser dividido de maneira mais pragmática e didática naqueles associados à hipoacusia e no grupo dos zumbidos pulsáteis. Dentro dos associados à hipoacusia, os mais prevalentes se relacionam à perda auditiva neurosensorial, como presbiacusia e exposição à ruído. Porém, causas como otosclerose, otite crônica, cerume e doença de Menière também podem justificar etiológicamente o zumbido ligado à perda auditiva. É considerável na investigação desta condição, a análise de eventuais problemas sistêmicos, principalmente metabólicos e cardiovasculares que podem se relacionar a este tipo de zumbido, assim como o uso pelo paciente de medicamentos ototóxicos (HAIDER; HOARE; COSTA, 2017).

Já no contexto dos zumbidos pulsáteis, a condição se associa a problemas externos ao sistema auditivo, podendo ser subdividido naqueles de causa vascular e nos de causa não vascular, sendo o zumbido pulsátil vascular mais prevalente dentro desse grupo (HOFMANN; BEHR; NEUMANN-HAEFELIN; SCHWAGER, 2013).

O Quadro 12.7.1 dispõe das causas de zumbido pulsátil vascular e o quadro 12.7.2 expõe as de origem não vascular. O Fluxograma 12.7.1 ajuda a orientar a investigação dos zumbidos de causa vascular.

Quadro 12.7.1 Causas mais comuns de zumbido pulsátil vascular

Zumbido pulsátil vascular	
Causa	Característica
Aterosclerose de carótidas	Causa mais comum de zumbido pulsátil vascular; Sopros carotídeo na ausculta cervical; Pacientes com mais de 50 anos, hipertensos, diabéticos, dislipidêmicos, obesos e

	tabagistas; Ultrassonografia doppler cervical ou angioressonância confirmam o diagnóstico.
Paraganglioma	Tumor vascular benigno da fossa jugular ou do promontório coclear; Otoscopia apresenta massa avermelhada retrotimpânica pulsátil; Tomografia computadorizada ou ressonância magnética de ossos temporais confirmam o diagnóstico.
Hum venoso	Fluxo turbulento na veia jugular interna; Pressão na segunda vértebra cervical interna ou aumento do retorno venoso; Geralmente é unilateral; Comum em mulheres jovens; Melhora com suave pressão no pescoço sobre a veia jugular ou com rotação da cabeça para o lado ipsilateral ao zumbido.
Malformações vasculares	Arteriais (trajeto aberrante da carótida, estenose, aneurismas); Venosas (bulbo de veia jugular, bulbo jugular alto); Arteriovenosas (fístula da artéria occipital com o seio transversal).
Hipertensão intracraniana (HIC) idiopática benigna (pseudotumor cerebral)	Causa rara; Comum em mulheres de meia idade obesas; Apresenta outros sintomas neurológicos (diplopia, oftalmoplegia, náuseas).

Fonte: Adaptado de Gusso, Lopes, Dias (2019)

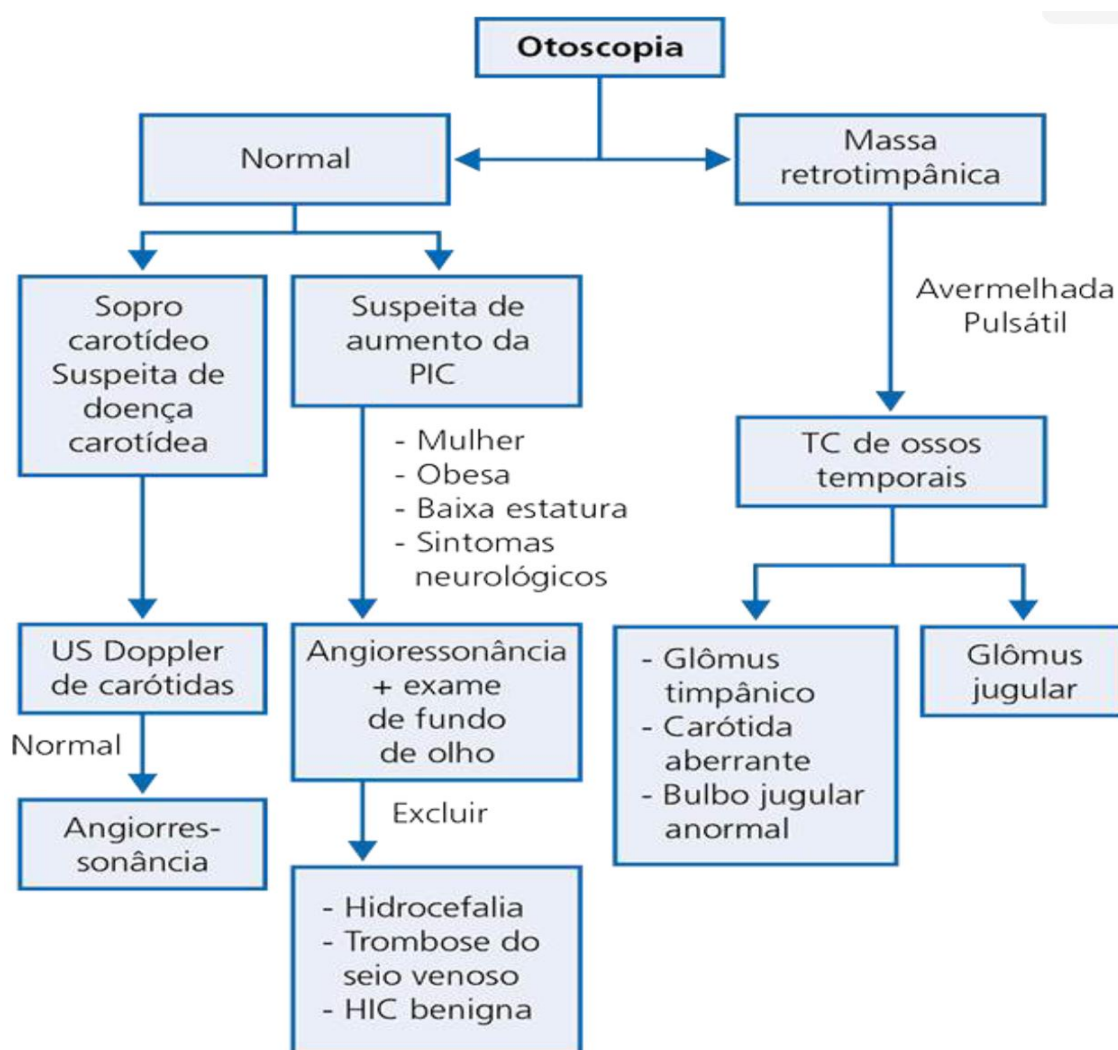
Quadro 12.7.2 Causas mais comuns de zumbido pulsátil não vascular

Zumbido pulsátil não vascular	
Causa	Característica
Tuba auditiva patente	Percebido como “ventania” ou “barulho do mar”. Geralmente unilateral; Síncrono com a respiração; Autofonia; Alivia na posição de decúbito ou cabeça baixa.

Disfunção da articulação temporomandibular	Associado à plenitude aural; Zumbido flutuante; Presente em até 45% das pessoas com zumbido.
Psicogênica	Distúrbios do sono, depressão, ansiedade

Fonte: Adaptado de Gusso, Lopes, Dias (2019)

Fluxograma 12.7.1 Investigação de zumbido pulsátil de causa vascular



Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

12.7.2 Anamnese e exame físico

Ao atender um paciente com queixa de zumbido é importante questionar, além da intensidade, pulsatilidade, do incômodo que o sintoma gera e lateralidade, sobre manifestações associadas. Deve-se ainda investigar sobre história laborativa, hábitos de vida e fatores psicológicos envolvidos (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

No exame físico, além da otoscopia e acumetria, principalmente quando há perda auditiva associada, é importante realizar medidas antropométricas, pressão arterial, frequência cardíaca e avaliação de disfunção têmporo-mandibular com palpação da articulação têmporo-mandibular (ATM) (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Quando na avaliação inicial é observado zumbido unilateral, sobretudo associado a hipoacusia, deve-se atentar para a possibilidade de neurinoma do acústico, merecendo investigação com exame de imagem e/ou encaminhamento para especialista focal para acompanhamento conjunto (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

12.7.3 Indicação de exames e prevenção quaternária

Exames laboratoriais, como hemograma completo, função tireoidiana, perfil lipídico, glicemia e VDRL podem ser solicitados especialmente quando há suspeita clínica, tendo em vista que desordens metabólicas e doenças sistêmicas podem se manifestar com zumbido. Deve-se ainda avaliar a solicitação de audiometria objetivando determinação de perda auditiva (PEGGE; STEENS; KUNST; MEIJER, 2017).

Pode-se avaliar solicitação de exames de imagem, como RM ou TC na suspeita de neoplasia e USG doppler de carótidas nos casos de zumbido pulsátil para avaliação de possível aterosclerose de carótidas (PEGGE; STEENS; KUNST; MEIJER, 2017).

12.7.4 Tratamento

Em um primeiro momento, enquanto a base etiológica do zumbido não é estabelecida, orientações como evitar o consumo de bebidas cafeinadas, chocolates e chás, assim como, para pacientes que são tabagistas, desaconselhar esta prática, devem ser realizadas. Deve-se informar ao indivíduo a respeito do controle quanto a exposição de ambientes ruidosos e a possibilidade de mascaramento caseiro, principalmente quando existe prejuízo no sono, no caso de zumbidos persistentes. O mascaramento caseiro consiste em evitar ambientes completamente silenciosos, e utilizar-se de um ruído “branco” de fundo, de baixa intensidade, constante, como música ambiente ou ventiladores (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

As evidências quanto ao tratamento farmacológico são frágeis, revelando efetividade limitada. Quando iniciado, deve-se optar por monoterapia, por no máximo 60 dias, de preferência na menor dose possível. Os mais comumente utilizados são

benzodiazepínicos, antidepressivos (principalmente nos casos em que se observa zumbido associados a distúrbios do sono ou depressão maior), ginkgo biloba 761, vitaminas e minerais e betaistina (PIGNATARI; ANSELMO-LIMA, 2017).

No zumbido persistente, além do mascaramento, uso de aparelho auditivo, especialmente nos casos de hipoacusia neurosensorial associada, terapia de retreinamento de zumbido ou terapia cognitivo comportamental, acupuntura, quimiodisrupção intratimpânica com aplicação de dexametasona intratimpânica, implante coclear e estimulação eletromagnética são medidas que podem apresentar benefício (PEGGE; STEENS; KUNST; MEIJER, 2017).

Nos casos de zumbido pulsátil, o tratamento envolve a abordagem da causa base. Quando a origem tem relação com mioclonias dos músculos da orelha média, relaxantes musculares ou ansiolíticos podem ser empregados. Já os casos de zumbido com audição normal, o tratamento de escolha envolve o uso de antidepressivos, tendo em vista que se trata de um grupo em que o tratamento é bastante difícil (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.7.5 Quando encaminhar para especialista focal

Os casos nos quais o diagnóstico é indefinido ou duvidoso ou refratário ao tratamento clínico convencional merecem avaliação de especialista focal. A depender da base etiológica, quando envolve condições que mereçam avaliação por especialista focal, tais casos devem ser referenciados (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

De acordo com o PSESAUCG, o encaminhamento é preconizado quando ocorre falha de resposta ao tratamento inicial ou quando existe audiometria alterada. Deve-se relatar na guia de referência sobre frequência e intensidades das crises, além de demais comorbidades que devem estar controladas.

12.8 Disfonia

A disfonia é caracterizada pela alteração na qualidade da voz. É o diagnóstico médico para o sintoma de “rouquidão”. Geralmente esta afecção tem origem benigna e autolimitada, mas é necessário o atendimento adequado dos pacientes que se apresentam com essa queixa na APS e a observação de sinais e sintomas que mereçam investigação mais pormenorizada (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.8.1 Anamnese e exame físico

Na anamnese após a constatação de alteração na qualidade da voz do paciente, deve-se questionar sobre como se deu o início do quadro, se de forma repentina ou progressiva, quanto à presença de dor, cansaço ao falar, se o paciente necessita falar alto ou gritar. Além disso, é essencial a avaliação de história laborativa, tendo em vista que profissões com uso excessivo da voz podem ter relação com o quadro, história patológica pregressa, como intubação prévia, trauma em região cervical, doenças crônicas e infecção de vias aéreas superiores (IVAS) (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Nessa fase é importante ainda investigar quando a condições associadas que possam sugerir doença laríngea grave, como demonstra o Quadro 12.8.1.

Quadro 12.8.1 Condições que levam a suspeitar de doença laríngea grave como causa de rouquidão
<ul style="list-style-type: none"> • Rouquidão em pessoa com história de tabagismo e/ou etilismo • Rouquidão concomitante a aparecimento de massa em região cervical • Rouquidão após trauma • Rouquidão associada à hemoptise, à disfagia, à odinofagia, à otalgia ou a sinais de obstrução nas vias aéreas superiores (dispneia, estridor) • Rouquidão com aparecimento concomitante de sinais e sintomas neurológicos • Rouquidão com perda de peso inexplicável • Rouquidão que está piorando rápida e progressivamente • Rouquidão em pessoa imunocomprometida • Rouquidão e história de possível aspiração de corpo estranho

- Rouquidão após cirurgia da região cervical, radioterapia recente ou intubação orotraqueal.

Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

No exame físico, é importante a realização de rinoscopia e oroscopia, tendo em vista que a maioria das causas tem relação com IVAS. Além disso, pode-se direcionar a avaliação para outros pontos a depender das queixas associadas (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

12.8.2 Indicação de exames e diagnóstico

Os exames complementares devem ser reservados para os casos em que a anamnese e exame físico direcionam para hipóteses que demandam investigação adicional, como massa cervical ou disfagia. O exame mais solicitado é a videolaringoscopia, devendo-se referenciar o paciente para especialista focal. Ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética podem ser exames úteis posteriormente à realização da videolaringoscopia, quando não é possível detecção de alterações com esta (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). O Quadro 12.8.2 ajuda a pensar nas principais hipóteses diagnósticas a depender da história e exame físico.

Quadro 12.8.2 Dados coletados e hipótese diagnóstica na disfonia

Dados	Hipóteses
Dor de garganta, rinorreia, tosse seca	IVAS, alergia
Tabagismo e/ou etilismo e/ou disfagia e/ou dispneia e/ou massas cervicais e/ou perda de peso e/ou hemoptise	Carcinoma
História de intubação prévia e/ou radioterapia no pescoço e/ou estridor	Paralisia de prega vocal, estenose subglótica
Profissional da voz e/ou abuso vocal	Disfonia funcional, nódulos vocais

Uso de medicações associadas à disfonia	Efeito da medicação
Sintomas neurológicos	Parkinson, distonia laríngea
História recente de cirurgia no pescoço ou tórax	Paralisia de prega vocal
Pirose e/ou regurgitação	Refluxo laringofaríngeo

Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2018)

12.8.3 Tratamento

Quando a disfonia tem menos de 15 dias e não há sinais de alerta, que corresponde a maioria dos casos que se apresentam na APS, o tratamento envolve hidratação e repouso vocal (DWORKIN, 2008).

A fonoterapia é um método bastante empregado dentro do rol de terapias não farmacológicas. Esta deve ser conduzida por fonoaudiólogo quando a causa base da disfonia for elucidada, pois existem abordagens diferentes a depender do diagnóstico (DWORKIN, 2008).

A terapia farmacológica deve ser iniciada a depender do quadro e envolve antibióticos, medicamentos antirrefluxo e corticoides. Não é preconizado o uso rotineiro destes. Orienta-se o uso de antibióticos para os casos de tuberculose laríngea e laringotraqueíte bacteriana. Medicamentos antirrefluxo podem ser iniciados quando há suspeita de doença do refluxo como desencadeador da disfonia. Corticoides podem ser usados nos casos de laringite alérgica ou doenças autoimunes com acometimento da laringe (GUSSO, LOPES, DIAS, 2019).

12.8.4 Quando referenciar

Os casos que envolvem prolongamento de disfonia por mais de 15 dias, sem evidência de melhora com história de tabagismo e/ou etilismo merecem avaliação com especialista focal, assim como casos de cirurgia recentes envolvendo pescoço, nos trajetos dos nervos laríngeos recorrentes, intubação, radioterapia, perda de peso e massas cervicais. Os casos com mais de 3 meses sem demais sinais de alerta também devem ser referenciados (GUSSO, LOPES, DIAS, 2019).

O protocolo PSESAUCG preconiza o encaminhamento dos casos que não apresentam melhora com tratamento clínico instituído na APS e aqueles com

persistência por mais de 15 dias. Não é necessário a solicitação de exames complementares para a referência.

12.9 Dor de garganta

A dor de garganta se relaciona com quadro inflamatório em estruturas da faringe, amígdalas e nasofaringe. A maior parte destes quadros inflamatórios tem base etiológica viral, como adenovírus, rinovírus, Epstein-Baar (EBV), herpesvírus simples (HSV-1), vírus sincicial respiratório, entre outros, devendo-se atentar para a possibilidade infecção bacteriana por estreptococo beta hemolítico do grupo A (*S. pyogenes*) (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022).

12.9.1 Causas

É importante destacar no contexto da APS a faringoamigdalite estreptocócica, que se caracteriza pela infecção por *S. pyogenes*, transmitida pelo contato direto com a pessoa infectada, pela inalação de secreções, predominantemente na faixa etária de 5 a 15 anos. Este quadro se apresenta com dor de garganta de início abrupto, quadro febril e linfonodos cervicais aumentados e dolorosos. O escore de Centor resumido no Quadro 12.9.1, guia o diagnóstico e tratamento com antibioticoterapia deste tipo de condição, tendo em vista ponderação do uso racional deste tipo de terapêutica e complicações não supurativas pós infecciosas, como febre reumática (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A mononucleose é outra causa de dor de garganta em decorrência de infecção principalmente pelo EBV e citomegalovírus (CMV), se apresentando com mal-estar, febre, adenomegalia cervical e ainda, em alguns casos, hepatoesplenomegalia, icterícia, petéquias no palato. A diferenciação desta com faringoamigdalite estreptocócica é bastante importante, tendo em vista que o uso errôneo de antibiótico neste caso pode gerar surgimento de exantema morbiliforme. A adenomegalia cervical e exsudato amigdaliano branco-acinzentado e uniforme pode ajudar a diferenciar, tendo em vista que a infecção por *S. pyogenes* gera exsudato com padrão salpicado, branco e irregular, conforme evidencia a Figura 12.9.1 (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

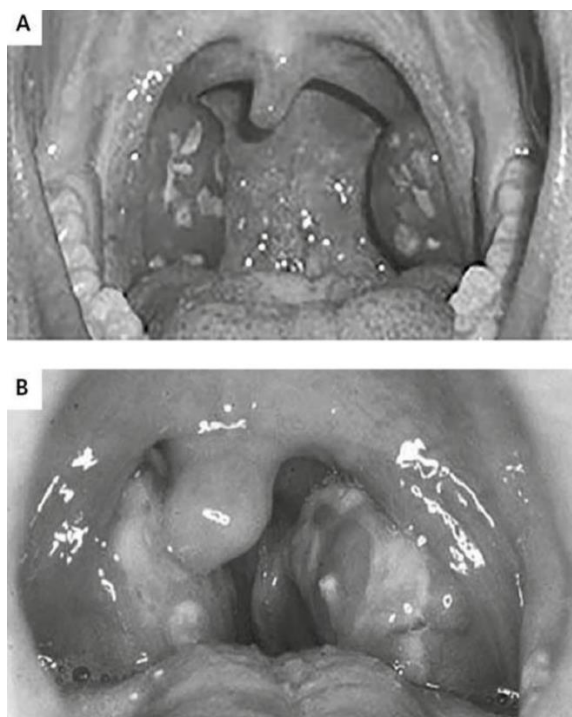
A faringite por adenovírus é a causa mais prevalente de faringite em crianças e costuma se apresentar coriza, sintomas febris, podendo se associar a conjuntivite. Esta tem relação com sazonalidade, sendo mais incidente no verão, e a transmissão ocorre pelo contato com secreções do indivíduo infectado (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Além desta, pode-se destacar dentro do contexto de causas, a herpangina, que é uma infecção pelo coxsackievírus, gerando além de dor de garganta, febre alta,

cefaleia, cólicas abdominais e por vezes exantema maculopapular, sendo enquadrada no contexto da síndrome mão-pé-boca. Apresenta-se com lesões papulo-vesiculares em região de palato e/ou amígdalas. Esta condição tem transmissão fecal-oral ou pelo contato direto com secreções (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A infecção primária pelo HSV-1 também pode justificar a dor de garganta, principalmente quando associada a lesões orais, edema de faringe e exsudato em amígdalas, podendo ficar latente, assim como os demais vírus da mesma família (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Figura 12.9.1 Oroscopia evidenciando faringoamigdalite estreptocócica em A e Mononucleose em B.



Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

12.9.2 Anamnese e exame físico

É importante durante a anamnese e exame físico a análise adequada do caso clínico e o reconhecimento dos que necessitam de antibioticoterapia. Dessa forma, os critérios de Centor, dispostos no Quadro 12.9.1 podem ajudar nesta condução. É importante a observação de sinais visando a diferenciação principalmente de mononucleose e faringoamigdalite estreptocócica (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Em geral, exames complementares não são necessários, sendo a anamnese e exame físico suficientes para o diagnóstico e manejo correto. Pode-se valer do teste

rápido de antígenos ou cultura para investigação de infecção estreptocócica. No caso de faringoamigdalite viral por EBV pode-se utilizar o teste rápido para pesquisa de anticorpos heterófilos IgM em amostra de sangue e pesquisa de anticorpos específicos contra EBV, especialmente quando existe quadro clínico sugestivo, testagem rápida é negativa e há presença de linfócitos atípicos (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Quadro 12.9.1 Escore de Centor

Critério	Pontos
Ausência de tosse	1
Linfonodos cervicais anteriores dolorosos e aumentados	1
Temperatura > 38°C	1
Edema amigdaliano e exsudato	1
Idade:	
3 – 14 anos	1
15 – 44 anos	0
45 anos ou mais	- 1

Fonte: Adaptado de Kalra e colaboradores

12.9.3 Tratamento

Os critérios de Centor podem ajudar na condução da terapêutica adequada. Caso a pontuação seja menor ou igual a 1, existe uma probabilidade baixa de se tratar de faringoamigdalite estreptocócica, não necessitando do uso de antibióticos e nem da averiguação com exames complementares. Dessa forma, o diagnóstico é sugestivo de afecção viral, sendo recomendado o tratamento com analgésicos simples e antiinflamatórios não esteroidais, como paracetamol ou dipirona e ibuprofeno. As evidências não orientam o uso de corticoterapia para os casos leves a moderados (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Indivíduos que pontuaram 2 ou 3 no escore de Centor merecem investigação adicional com exames complementares, pois possuem risco intermediário de infecção estreptocócica. O exame de escolha é o teste rápido de antígenos para estreptoco. Caso não exista a possibilidade de realização deste exame, o tratamento com antibiótico no escore 3 pode ser feito. Se o teste rápido for negativo, deve-se investigar

outras causas de dor de garganta, principalmente as de etiologia viral, em adultos. Em crianças, pode-se solicitar cultura, tendo em vista risco maior de complicações (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O antibiótico de escolha é a penicilina. Clindamicina, claritromicina ou azitromicina são outras opções nos casos de hipersensibilidade. É importante ainda, o tratamento a fim de controle de sintomas, conforme feito para os casos com pontuação menor ou igual a 1 (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

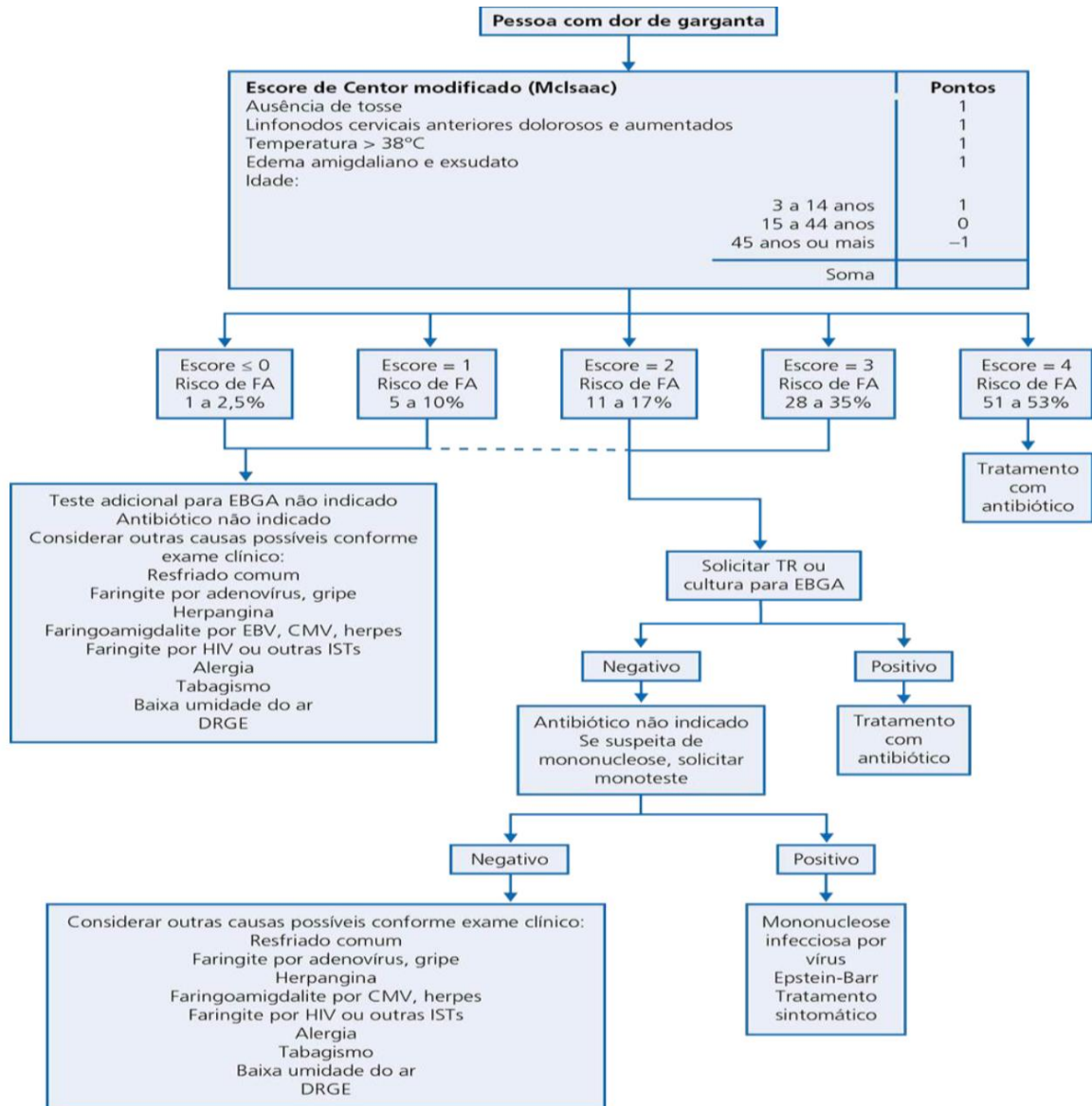
É considerável a orientação de ações a fim de diminuir a propagação do vírus para pacientes com tal afecção, como lavagem das mãos, uso de máscara facial, desinfecção de superfícies e cobrir a boca ao tossir ou espirrar (ZAYAS *et al.*, 2013). O Fluxograma 12.9.1 resume a abordagem diagnóstica e terapêutica.

12.9.4 Quando encaminhar

O PSESAUCG orienta o encaminhamento dos casos de amigdalites bacterianas de repetição (3 ou mais episódios no período de 6 meses) ou dos casos de amigdalite bacteriana sem melhora clínica, não havendo necessidade de exames adicionais.

É importante destacar que a indicação de amidalectomia deve ser analisada de maneira cuidadosa, tendo em vista que não só a frequência de infecção deve ser levada em consideração e que os episódios destas tendem a diminuir após os 10 anos de idade. Deve-se avaliar a constância de antibioticoterapia, alergia à terapêutica medicamentosa e história de abscesso (KALRA; HIGGINGS; PEREZ, 2016).

Fluxograma 12.9.1 Manejo da pessoa com dor de garganta



Fonte: Gusso, Lopes, Dias (2019)

DISCUSSÃO

As publicações mais recentes utilizadas como referencial teórico para o desenvolvimento do capítulo “Abordagem de problemas relacionados ao ouvido, nariz e garganta” a fim de composição do Manual do residente de MFC reforçam não só quanto a alta prevalência, mas quanto ao alto grau de resolubilidade e possibilidade de manejo no contexto ambulatorial, especialmente na APS, das condições abordadas neste trabalho. Percebe-se que em poucas situações é necessário encaminhamento para especialista focal, revelando a importância, portanto, do conhecimento adequado visando condução efetiva.

A partir desse estudo e com a vivência prática no cenário de residência de MFC pode-se visualizar que muitos pacientes ainda são manejados de maneiras diferentes entre os profissionais. Assim, a elaboração desse capítulo pode permitir com que os fluxos de cuidado, assim como de encaminhamento na rede de Campo Grande, possam ser uniformizados a fim de possibilitar uma comunicação fundamentada e segura entre os profissionais envolvidos na assistência do usuário, especialmente dos residentes de MFC, profissionais que estão passando pelo processo de formação.

A literatura usada para revisão na construção desse trabalho é convergente quanto a forma de abordagem dos problemas elencados neste estudo, assim destaca-se, para elaboração do capítulo para o Manual, a inserção de fluxogramas de cuidado, tabelas, gráficos e ilustrações, visando melhor direcionamento prático. Sabe-se que a APS é responsável por dirimir cerca de 85% das demandas de saúde, além de ordenar e coordenar o cuidado, logo a criação deste instrumento pode ajudar na garantia desta alta resolutividade (MENDES *et al.*, 2012).

As pesquisas possibilitam ainda constatar a importância da abordagem não farmacológica para muitas das situações descritas no decorrer da revisão, garantindo no contexto da APS a prevenção quaternária, uso de tecnologias leves, apoio multidisciplinar, assim como práticas de educação em saúde e a importância destas na prevenção primária. Pode-se ressaltar, por exemplo, a abordagem de tontura e vertigem, em que é importante apoio de outras categorias profissionais, além de cautela no uso de terapêutica medicamentosa (BHATTACHARYYA *et al.*, 2017). É interessante destacar que, no contexto da APS, o apoio multiprofissional é essencial, pois visa garantir a integralidade do cuidado, além de corresponsabilidade deste, evitando-o centrar na figura de um profissional (MENDES *et al.*, 2012).

Reforça-se ainda que em muitos dos cenários o tratamento errôneo pode gerar cronificação das condições, provocando iatrogenias e desfechos desfavoráveis. A análise atenciosa em um primeiro momento, assim como manejo correto, pode evitar referenciamento posterior para especialista focal em decorrência de complicações (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022). Dessa forma, a padronização quanto aos fluxos de cuidados baseados na literatura recente são recursos auxiliares de uma boa prática na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou aprofundar o conhecimento das afecções que envolvem o ouvido, nariz e garganta no contexto da APS, além de compreender que muitas situações relacionadas a tais órgãos apresentam alta resolutividade neste contexto, sendo importante a condução adequada pelos profissionais de MFC.

Tendo em vista que o conhecimento das condições presentes neste trabalho faz parte do repertório de habilidades do médico de família e comunidade, a elaboração deste capítulo para composição do manual pode permitir que o profissional em formação e em atuação no contexto da APS de Campo Grande/MS tenha referencial bibliográfico atualizado para consulta, incluindo os fluxos de referenciamento na rede de saúde do município. Assim, possibilita-se a construção de um cenário em que os usuários tenham uma melhor assistência em saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BECK, R., *et al.* Current approaches to epistaxis treatment in primary and secondary care. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 115, n. 1-2, p. 12, 2018.

BHAT, K. V.; NASEERUDDIN, K. Combined tuning fork tests in hearing loss: explorative clinical study of the patterns. **Journal of Otolaryngology**, v. 33, n. 4, 2004.

BHATTACHARYYA, N. *et al.* Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 156, p. S1-S47, 2017.

BOUSQUET, J. *et al.* Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 145, n. 1, p. 70-80. e3, 2020.

BROŽEK, J. L. *et al.* Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines—2016 revision. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 140, n. 4, p. 950-958, 2017.

BRUINTJES, Tj. D., *et al.* A randomised sham-controlled trial to assess the long-term effect of the Epley manoeuvre for treatment of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. **Clinical Otolaryngology**, v. 39, n. 1, p. 39-44, 2014.

CHAWLA, A.; ABDURAHIMAN, R.; CHOKKALINGAM, V. The video head impulse test: Our experience in 45 cases. **Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery**, v. 70, n. 4, p. 498-504, 2018.

CHITTKA, L.; BROCKMANN, A. Perception space—the final frontier. **PLoS biology**, v. 3, n. 4, p. e137, 2005.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. In: **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 2022.

DWORKIN, J.P. Laryngitis: types, causes, and treatments. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 41, n. 2, p. 419-436, 2008.

EDIMISTON, R.; MITCHELL, C. A. Hearing loss in adults. **British Medical Journal**, v. 346, n. Published 25 April 2, 2013.

FARINETTI, A., *et al.* International consensus (ICON) on audiological assessment of hearing loss in children. **European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases**, v. 135, n. 1, p. S41-S48, 2018.

FOKKENS, W. J., *et al.* European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. **Rhinology: official organ of the International rhinologic society**, 2020.

GLUCK, O., *et al.* Adult acute rhinosinusitis guidelines worldwide: similarities and disparities. In: **International Forum of Allergy & Rhinology**. 2018. p. 939-947.

GREIWE, J.C.; BERNSTEIN, J. A. Combination therapy in allergic rhinitis: What works and what does not work. **American Journal of Rhinology & Allergy**, v. 30, n. 6, p. 391-396, 2016.

GUERRA, A.F.M. Capacidade resolutive em otorrinolaringologia do médico da atenção primária da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte-Brasil. 2006.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade-: Princípios, Formação e Prática**. Artes Medicas, 2018.

HAIDER, H.F., *et al.* Pathophysiology, diagnosis and treatment of somatosensory tinnitus: a scoping review. **Frontiers in neuroscience**, v. 11, p. 207, 2017.

HOFMANN, E., *et al.* Pulsatile tinnitus: imaging and differential diagnosis. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 110, n. 26, p. 451, 2013.

KALRA, M.G.; HIGGINS, K.E.; PEREZ, E.D. Common questions about streptococcal pharyngitis. **American family physician**, v. 94, n. 1, p. 24-31, 2016.

KARATZANIS, A., *et al.* Contemporary use of corticosteroids in rhinology. **Current allergy and asthma reports**, v. 17, n. 2, p. 1-11, 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LE SAUX, N., *et al.* Management of acute otitis media in children six months of age and older. **Paediatrics & child health**, v. 21, n. 1, p. 39-44, 2016.

MENDES, E.V., *et al.* O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

MION, O.G., *et al.* Position statement of the Brazilian Academy of Rhinology on the use of antihistamines, antileukotrienes, and oral corticosteroids in the treatment of inflammatory sinonasal diseases☆. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 83, p. 215-227, 2017.

MORGAN, D.J.; KELLERMAN, R. Epistaxis: evaluation and treatment. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 41, n. 1, p. 63-73, 2014.

PEGGE, S.A.H., *et al.* Pulsatile tinnitus: differential diagnosis and radiological work-up. **Current radiology reports**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2017.

PEREIRA, R.J.S., *et al.* Protocolo de Acesso: para consultas, exames e procedimentos. **Diário Oficial de Campo Grande**. 2022.

PIGNATARI, S.S.N.; ANSELMO-LIMA, W.T. **Tratado de Otorrinolaringologia**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ROSENFELD, R.M. *et al.* Clinical practice guideline: otitis media with effusion (update). **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 154, n. 1_suppl, p. S1-S41, 2016.

SAKANO, E., *et al.* IV Brazilian Consensus on Rhinitis-an update on allergic rhinitis. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 84, p. 3-14, 2018.

STRUPP, M.; MANDALÀ, M.; LÓPEZ-ESCÁMEZ, J.A. Peripheral vestibular disorders: an update. **Current Opinion in Neurology**, v. 32, n. 1, p. 165-173, 2019.

SWARTZ, M.H. **Tratado de semiologia médica. História e exame clínico**. 7 eds. 2015.

WISE, S. K., *et al.* International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis. In: **International forum of allergy & rhinology**. 2018. p. 108-352.

WOMACK, J.P.; KROPA, J.; STABILE, M.J. Epistaxis: outpatient management. **American family physician**, v. 98, n. 4, p. 240-245, 2018.

ZAYAS, G., *et al.* Effectiveness of cough etiquette maneuvers in disrupting the chain of transmission of infectious respiratory diseases. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1-11, 2013.

ZUCKER, S.M.; BARTON, B.M.; MCCOUL, E.D. Management of rhinitis medicamentosa: a systematic review. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 160, n. 3, p. 429-438, 2019.