DISQUE SAÚDE 136

Programa Médicos pelo Brasil

EIXO 4 | ATENÇÃO À SAÚDE

MÓDULO 15

Abordagem a problemas digestivos

UNA-SUS UFCSPA · UNA-SUS · FIOCRUZ · Médicos pelo Brasil · SUS · MINISTÉRIO DA SAÚDE · PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

DISQUE SAÚDE 136

Programa Médicos pelo Brasil

EIXO 4 | ATENÇÃO À SAÚDE

MÓDULO 15

Abordagem a problemas digestivos

Ministério da Saúde
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
2022

Instituições realizadoras:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

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

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

Coordenação da UNA-SUS/UFCSPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823a

Brasil. Ministério da Saúde.

Abordagem a problemas digestivos [módulo 15] / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde De Porto Alegre. Brasília : Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

Inclui referências.

73 p. : il., gráfs., organogs., tabs. (Programa Médicos pelo Brasil. Atenção à saúde ; 4).

ISBN: 978-65-84901-09-4

1. Problemas digestivos. 2. Sistema digestivo. 3. Atenção básica. 4. Sistema Único de Saúde. 5. UNA-SUS. I. Título II. Universidade Federal de Ciências da Saúde De Porto Alegre. III. Série.

CDU 610

Bibliotecária: Juliana Araújo Gomes de Sousa | CRB1 3349

Ficha Técnica

© 2021. Ministério da Saúde.
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

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

Referência bibliográfica

MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Abordagem a problemas digestivos [módulo 15]. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Médicos pelo Brasil**. Eixo 4: atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 73 p.

Ministério da Saúde
Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes | Ministro

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)
Raphael Câmara Medeiros Parente | Secretário

Departamento de Saúde da Família (DESF)
Renata Maria de Oliveira Costa | Diretor
Coordenação Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária (CGPROP)
Carlos Magno dos Reis Venturelli | Coordenador

Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)
Maria Fabiana Damásio Passos | Secretária-executiva

Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Projetos e Programas (UNA-SUS)
Alysson Feliciano Lemos | Coordenador

Assessoria de Planejamento (UNA-SUS)
Sybele Avelino Pereira

Assessoria Pedagógica UNA-SUS
Márcia Regina Luz
Sara Shirley Belo Lança
Vânia Moreira

Revisor Técnico-Científico UNA-SUS
Paula Zeni Miessa Lawall
Rodrigo Luciano Bandeira de Lima
Rodrigo Pastor Alves Pereira

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
Lucia de Campos Pellanda|Reitora
Jennifer Saffi |Vice-reitora

Coordenação Geral UNA-SUS/UFCSPA
Aline Corrêa de Souza

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
Rua Sarmento Leite, 245 – Centro Histórico, Porto Alegre/RS CEP 90050-170.
E-mail: proppg@ufcspa.edu.br
Site: www.ufcspa.edu.br
Telefone: (51) 3303-8700

Créditos

Revisor Técnico-Científico UNA-SUS
Paula Zeni Miessa Lawall
Rodrigo Luciano Bandeira de Lima
Rodrigo Pastor Alves Pereira
Luciano Nunes Duro

Designer Gráfico UNA-SUS
Claudia Schirmbeck

Apoio Técnico UNA-SUS
Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) – UNA-SUS
Phillipe de Freitas Campos
Juliana Araujo Gomes de Sousa
Tainá Batista de Assis

Engenheiro de Software UNA-SUS
José Rodrigo Balzan
Onivaldo Rosa Júnior

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

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFCSPA
Aline Corrêa de Souza

Coordenadora Adjunta UNA-SUS/UFCSPA
Adriana Aparecida Paz

Coordenadora de Produção Pedagógica UNA-SUS/UFCSPA
Marta Quintanilha Gomes

Consultora Técnica Sênior na Área de Pedagogia UNA-SUS/UFCSPA
Márcia Rosa da Costa

Gerente de Produção UNA-SUS/UFCSPA
Carlos Eduardo Borba Wudich

Gerente de Tecnologia da Informação UNA-SUS/ UFCSPA
Luis Gustavo da Costa

Conteudistas
Ana Amélia Nascimento da Silva Bones

Consultora Técnica na Área de Saúde UNA-SUS/ UFCSPA
Larissa Simão Beskow Junckes

Consultoras Técnicas na Área de Pedagogia UNA-SUS/UFCSPA
Fernanda Coferri
Magda Lorenz Granville

Apoiadora pedagógica UNA-SUS/UFCSPA
Deisi Moraes

Revisora Gramatical UNA-SUS/UFCSPA
Camila Faustino de Brito

Especialista em Gestão de Projetos UNA-SUS/UFCSPA
Danielle Trevizan Corrêa

Apoiadora Técnica na Área Administrativa UNA-SUS/UFCSPA
Jéssica Aguirre da Silva

Apoiador Administrativo UNA-SUS/UFCSPA
Robinson Luis Collet da Fonseca

Consultora Técnica Sênior na Área de Produção UNA-SUS/ UFCSPA
Alessandra Tavares Francisco Fernandes

Desenvolvedores Full Stack (PPU) UNA-SUS/UFCSPA
Matheus Miguel Soares de Medeiros
Pedro Hailliot Dahmer

Designer Gráfico Sênior UNA-SUS/ UFCSPA
José Fialho Oliveira Junior

Designer Gráfico UNA-SUS/ UFCSPA
Daniela Barbosa Behrends

Webdesigner UNA-SUS/ UFCSPA
Paola Löw Pagliarini

Ilustrador EAD UNA-SUS/ UFCSPA
Leonardo Slaviero Martins
Editor de Audiovisual UNA-SUS/ UFCSPA
Juliano Machado Padilha

Apoiador Técnico na Área de Produção UNA-SUS/ UFCSPA
Pedro Barbosa Behrends

Auxiliar de Comunicação UNA-SUS/ UFCSPA
Valentina Ruivo Bressan

Analista de Sistemas Sênior UNA-SUS/ UFCSPA
Felipe Augusto Prauchner Christmann

Analista de Sistemas Júnior UNA-SUS/ UFCSPA
Vinicius Vicente Soares

Analistas de Banco de Dados e Infraestrutura UNA-SUS/ UFCSPA
Edilson de Jesus Oliveira Junior
Guilherme Nique da Silva

Sumário

Módulo 15 - Abordagem a problemas digestivos **2**
Apresentação do módulo 10
Objetivos de aprendizagem do módulo 10
Carga horária de estudo recomendada para este módulo 10
Unidade 1 - Patologias Trato Gastrointestinal Superior **11**
Introdução da unidade 11
1.1 Patologias do Trato Gastrointestinal Superior 12
1.1.1 Dispepsia 12
1.2 Doença do Refluxo Gastroesofágico 20
1.3 Úlcera Péptica 23
1.4 Fechamento da unidade 28
Unidade 2 - Patologias Trato Gastrointestinal Inferior **29**
Introdução da unidade 29
2.1 Hepatites 30
2.2 Constipação 45
2.3 Diarreia 47
2.4 Lesões Anorretais 56
2.5 Fechamento da Unidade 60
Encerramento do módulo **61**
Biografia da Conteudista **62**

Lista de figuras

Figura 1: Fluxograma do Manejo da Dispepsia 14
Figura 2: Úlcera Péptica 24
Figura 3: Investigação para Hepatite C 37
Figura 4: Linha de Cuidado para Hepatite C 39
Figura 5: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções- PCDT Hepatite C 41
Figura 6: A progressão da doença hepática alcoólica 42
Figura 7: Manejo do paciente com diarreia 49-50
Figura 8: Investigação de diarréia crônica 53
Figura 9: O que preciso saber sobre as alergias alimentares? 55

Apresentação do módulo

Olá, caro profissional estudante!

Seja bem-vindo ao módulo “Abordagem aos problemas digestivos”.

Este módulo foi elaborado especialmente para você, pensando nas dificuldades encontradas no seu cotidiano de trabalho no que diz respeito a problemas digestivos, dentre eles: síndromes dispépticas, doença do refluxo gastroesofágico, úlcera gastrointestinal, Hepatites virais e alcoólica, diarreia, constipação e doenças anorretais.

Nesta etapa de estudo, você conhecerá como manejar essas principais patologias digestivas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Esperamos que você tenha um bom estudo!

Ana Amélia Nascimento da Silva Bones

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM DO MÓDULO

Ao final deste módulo, você deverá ser capaz de:

- Compreender as diferentes manifestações clínicas das principais patologias do trato gastrointestinal superior e seus manejos clínicos;
- Estabelecer as principais condutas para as patologias do trato gastrointestinal inferior.

CARGA HORÁRIA DE ESTUDO RECOMENDADA PARA ESTE MÓDULO

Para estudar e apreender todas as informações e conceitos abordados, bem como para trilhar todo o processo ativo de aprendizagem, estabelecemos uma carga horária de 15 horas para este módulo.

UNIDADE 01

Patologias Trato Gastrointestinal Superior

INTRODUÇÃO DA UNIDADE

Na Matriz de competências da Medicina de Família e Comunidade (SBMFC-2019), a abordagem dos problemas digestivos é ampla e inclui:

- Dominar o manejo terapêutico e encaminhamento apropriado ao especialista dos problemas mais frequentes e relevantes relacionados ao aparelho digestivo;
- Compreender as indicações dos exames e procedimentos mais comuns para diagnóstico de problemas relacionados ao aparelho digestivo.

Nesse contexto, é importante relembrar esta abordagem para qualificar a prática médica na APS.

Nesta unidade, será abordado o referencial teórico para a tomada de decisão nas situações mais corriqueiras de problemas digestivos na prática profissional da Atenção Primária à Saúde (APS).

O conteúdo será exposto de maneira linear, conforme a patologia abordada, com enfoque no manejo clínico e seguimento na APS das patologias do trato digestivo, tais como: dispepsia, refluxo gastroesofágico e úlcera gástrica.

1.1 PATOLOGIAS TRATO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

Nesta unidade iremos abordar o trato gastrointestinal superior, o qual é composto pela boca, pela faringe, pelo esôfago e pelo estômago. Apesar de todos os órgãos serem importantes para a digestão, iremos concentrar os nossos estudos no manejo clínico das patologias gástricas mais usuais da nossa prática clínica que são: dispepsia, doença do refluxo gastroesofágico e úlcera péptica.

1.1.1 DISPEPSIA

Ao abordar um paciente com sintomas dispépticos, devemos lembrar que esses são relacionados a (CHISTY, 2021 e FORD, 2020):

- Patologias orgânicas que correspondem a aproximadamente ¼ dos casos. Entre as causas estão: úlcera péptica, doenças malignas do trato gastrointestinal, dor biliar, uso de medicações que causam dispepsia como anti-inflamatórios esteroides e inibidores seletivos da COX-2, doença celíaca, pancreatite crônica, entre outras;
- Patologias funcionais que correspondem a aproximadamente 3/4 dos casos. São definidas pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas: plenitude pós-prandial, saciedade precoce, dor epigástrica ou queimação. Também podem apresentar nenhuma evidência de doença orgânica para explicar os sintomas. A maioria dos pacientes com queixas dispépticas crônicas que se submetem à investigação laboratorial, endoscópica e ultrassonográficas não apresenta qualquer alteração que justifique seus sintomas, sendo considerados portadores de dispepsia funcional.

O diagnóstico se baseia nas queixas dos pacientes e na duração dos sintomas. A dispepsia funcional é caracterizada por sintomas presentes por pelo menos 3 meses, e pela ausência de alterações estruturais (GUSSO, 2019).

O exame físico é geralmente normal, às vezes encontramos apenas um leve desconforto epigástrico. Caso encontre uma massa abdominal, considere um sinal de alarme (GUSSO, 2019).

Dica

Ao apresentar desconforto abdominal, realize o teste de Carnett, que consiste em elevar a cabeça da pessoa na maca, flexionando a cabeça no tronco e, simultaneamente, o examinador tensiona o ponto da dor na parede abdominal. Quando a dor é causada por condições da parede abdominal (ex.: hematoma da bainha do músculo reto abdominal), a hipersensibilidade à palpação permanece; porém, quando a dor é causada por condições intraperitoneais, a hipersensibilidade à palpação diminui ou desaparece (sinal de Carnett positivo).

Destaque

Ao iniciar a investigação de dispepsia, é fundamental investigar sinais e sintomas de alarme (FORD, 2020 e GUSSO, 2019), tais como:

- Perda de peso não intencional;
- Disfagia;
- Odinofagia;
- Anemia por deficiência de ferro por causa desconhecida;
- Vômito persistente;
- Sangramento gastrointestinal, como hematêmese ou melena*;
- Massa palpável ou linfadenopatia;
- História familiar de câncer gastrointestinal superior;
- Início dos sintomas com 60 anos ou mais.

Caso esses sintomas de alarme estejam presentes, se faz necessária a investigação com apoio da endoscopia digestiva alta (EDA). Se o profissional não tiver à disposição a solicitação desse exame na Atenção Primária em Saúde (APS), deve encaminhar para a especialidade de Gastroenterologia para dar seguimento na investigação (GUSSO, 2019).

*Avaliar indicação de avaliação imediata de emergência.

Na ausência dos sintomas de alarme, avalia-se a dispepsia funcional como um quadro de, no mínimo, 12 semanas de dispepsia persistente ou recorrente sem evidências de doença orgânica, não aliviada pela defecação e não associada à alteração na frequência de defecação ou no formato das fezes (GUSSO, 2019).

Inicia-se o manejo da dispepsia funcional na APS quando não houver disponibilidade de testar *H. pylori* com:

- supressão ácida com o uso de inibidores da bomba de prótons por 4 a 6 semanas;
- aconselhamento de alimentação saudável, redução de peso para casos de sobrepeso e obesidade, e de suspensão de tabagismo;
- orientação para evitar alimentação que desencadeia crises, tais como: álcool, café e chocolate.

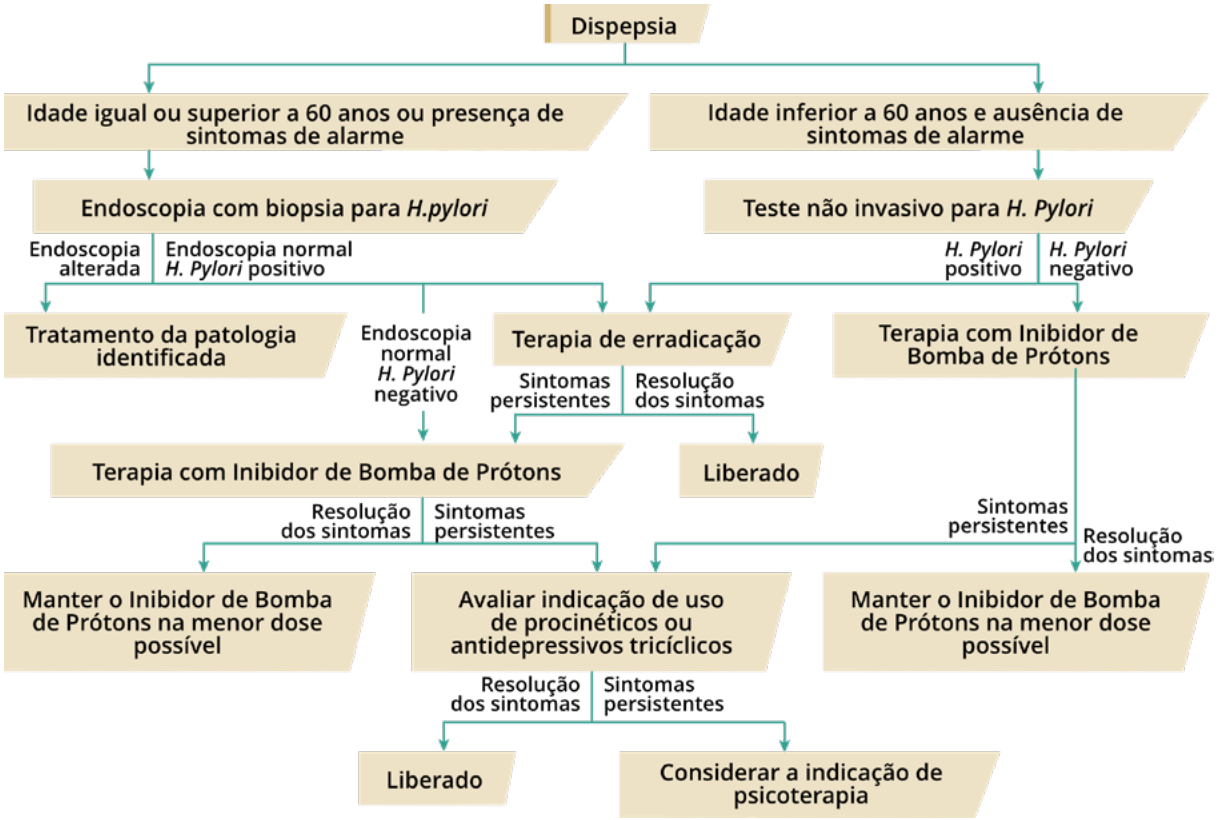
Lembre-se que não há evidências de que a solicitação de exames complementares na abordagem inicial reduza a morbidade ou a mortalidade quando há ausência de sintomas de alarme (GUSSO, 2019 e CHISTY, 2020).

Destaque

Questione sobre o uso de medicamentos, especialmente sem prescrição. Verifique o emprego de: anti-inflamatórios não esteroides (AINE), antagonistas do cálcio, bifosfonatos, biguanidas, corticoides, nitratos e teofilina. Caso afirmativo, verifique a dosagem, modo e a frequência, pois esses efeitos colaterais são doses dependentes e variam de acordo com o medicamento usado; entre os AINES, o ibuprofeno é o mais seguro! Um alerta deve ser feito em relação aos medicamentos tamponados: esses não reduzem a incidência de úlcera péptica, pois o efeito do AINE é o bloqueio da cicloxigenase 1 (COX-1), aumentando a secreção ácida. Isso ocorre independentemente do local de absorção do fármaco (GUSSO, 2019).

Observe o fluxograma abaixo para acompanhar o protocolo de manejo da dispepsia.

Figura 1: Fluxograma do Manejo da Dispepsia.



Fonte: FORD (2020)-adaptado.

Figura 1: Algoritmo do Manejo de Dispepsia. Pode-se observar que esta diretriz aumentou o limite de idade para endoscopia para 60 anos ou mais, entretanto, nos países do Leste Asiático (por exemplo, China, Japão ou Coréia) onde a prevalência de câncer gástrico é alta, o limite de idade recomendado é de 35–60 anos. (PPI)IBP = inibidor da bomba de prótons. (TCA)ADT= antidepressivos tricíclicos. * Indicar endoscopia urgente para pacientes com disfagia ou com 60 anos ou mais com perda de peso e dor abdominal alta, refluxo ou dispepsia. † Teste respiratório com antígeno fecal ou uréia com 13 carbonos. ‡ Esofagite, úlcera péptica, câncer gastroesofágico. §Se os sintomas persistirem, revise o diagnóstico em cada estágio e considere a endoscopia, embora o rendimento seja baixo. Os procinéticos podem ser mais benéficos na síndrome do sofrimento pós-prandial e dor associada ao uso de ADTs. Apesar da melhora dos sintomas com o emprego de procinéticos, o acompanhamento e monitoramento contínuos são mais apropriados se um ADT ainda estiver sendo usado. ** As evidências sobre o papel das terapias psicológicas na dispepsia funcional são escassas, com apenas dois ensaios clínicos randomizados de terapia cognitivo-comportamental. Considerar a endoscopia não urgente em pacientes com hematêmese; dispepsia resistente ao tratamento; dor abdominal superior com hemoglobina baixa; uma contagem de plaquetas elevada associada a náuseas, vômitos, perda de peso, refluxo, dispepsia ou dor abdominal superior; ou náuseas e vômitos associados à perda de peso, refluxo, dispepsia, ou dor abdominal superior.

A endoscopia digestiva alta é considerada o padrão ouro para diagnóstico de lesões estruturais, assim como é empregada nos casos de dispepsia com sinais de alerta para exclusão de lesão orgânica grave, como neoplasia. Contudo, existem algumas divergências entre as diretrizes sobre investigação nos pacientes com um sinal de alerta e com menos de 60 anos, sendo necessária uma relação clínica mais detalhada para avaliar os sintomas. Pode ser realizado inicialmente um manejo clínico nesses casos, antes da indicação da endoscopia digestiva alta; caso ocorra a permanência dos sintomas após o tratamento, indica-se o exame. Já no braço sem sinal de alerta, observa-se que o emprego do teste não invasivo para investigação do *H. pylori* auxilia na indicação da terapia de erradicação da bactéria ou no uso exclusivo de prescrição de bombas de prótons. Para identificar infecção pelo *H. pylori* sem realização de EDA, as técnicas mais solicitadas são o teste respiratório com 13C ureia e o exame sorológico. O primeiro apresenta sensibilidade de 88 a 95% e especificidade de 95 a 100%, sendo incomuns resultados falso-positivos. A sorologia detecta anticorpos IgG específicos para *H. pylori*, a qual se apresenta como um exame mais sensível (90-100%) e de menor custo; entretanto, permanecerá positivo mesmo após a erradicação do agente etiológico (MOAYYEDI, 2017; GUSSO, 2019; e FORD, 2020).

A endoscopia é um teste preciso para o diagnóstico de dispepsia, mas a patologia orgânica que não responde à supressão ácida ou à terapia de erradicação do *Helicobacter* é rara abaixo dos 65 anos. Portanto, a maioria das diretrizes recomenda como abordagem de primeira linha para o controle da dispepsia ou a terapia com inibidor da bomba de prótons empírica ou um teste não invasivo para

Helicobacter pylori e, em seguida, oferecer terapia se o paciente for positivo. Se o paciente tiver características de alarme, como disfagia progressiva, anemia ou perda de peso, a endoscopia pode ser apropriada (GUSSO, 2019).

As mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida são descritas em estudos de menor impacto, sendo que os estudos mais robustos apontam a terapia medicamentosa para o tratamento da dispepsia (FORD, 2020). Veja o quadro abaixo extraído de FORD (2020), adaptado de MOAYYEDI (2017), com as principais condutas clínicas.

Quadro 1: Avaliação das Principais Condutas Clínicas.

	Subgrupo Dispepsia Funcional	Eficácia	Qualidade dos dados	Eventos adversos	Limitações dos dados
Terapia de Erradicação do *H. pylori* (por exemplo, curso de 1 semana de IBP na terapia tripla)	Pacientes não selecionados, razoável para o uso na síndrome da dor epigástrica ou síndrome de angústia pós-prandial	Eficaz	Alta	Relatado apenas por dois ensaios clínicos	Nenhum, exceto baixo relato de eventos adversos
IBPs (por exemplo, omeprazol 20 mg ou lansoprazol 30 mg, uma vez ao dia)	Pacientes não selecionados, razoável para o uso na síndrome da dor epigástrica ou síndrome de angústia pós-prandial	Eficaz	Moderada	Não são mais frequentes no uso De IBP do que no placebo em uma metanálise de seis ensaios clínicos.	Heterogeneidade entre estudos
Antagonistas H2 da Histamina (por exemplo, ranitidina 150 mg uma vez por dia)	Pacientes não selecionados, razoável para o uso na síndrome da dor epigástrica ou síndrome de angústia pós-prandial	Pode ser eficaz	Baixa	Relato insuficiente	Poucos estudos com baixo risco de viés; heterogeneidade entre estudos; possível viés de publicação; Alguns estudos incluíram pacientes com sintomas de refluxo gastroesofágico

Procinéticos (por exemplo, acotiamida 100 mg ou itoprida 50 mg três vezes ao dia)	A maioria dos novos ensaios recrutam pacientes com a síndrome do sofrimento pós-prandial	Deve ser eficaz	Muito baixa	Relato insuficiente	Poucos estudos com baixo risco de viés; heterogeneidade entre estudos; possível viés de publicação; Imprecisão em torno da estimativa do efeito; Muitos medicamentos indisponíveis por causa da segurança; Acotiamida licenciada no Japão e Índia, mas poucos ensaios na América do Norte ou Europa, para pacientes com dispepsia funcional; Itoprida não disponível no Reino Unido ou nos Estados Unidos
Antagonistas de 5-HT1A	Pacientes não selecionados, razoável para o uso na síndrome da dor epigástrica ou síndrome de angústia pós-prandial	Deve ser eficaz	Baixa	Não são mais frequentes no uso de Antagonistas de 5-HT1A do que no placebo em uma meta-análise de três ensaios clínicos randomizados	Apenas em três Trials, existe heterogeneidade entre os estudos; eficaz em pacientes não selecionados em um estudo e melhorou significativamente os sintomas pós-prandiais um segundo estudo; Imprecisão em torno da estimativa do efeito
Antidepressivos tricíclicos (por exemplo, amitriptilina ou imipramina começou com uma dose de 10-25 mg uma vez por dia à noite e titulado a 50 mg uma vez por dia à noite)	Pacientes não selecionados, razoável para o uso na síndrome da dor epigástrica ou síndrome de angústia pós-prandial	Eficaz	Moderada	Significativamente mais comum com antidepressivos tricíclicos do que com placebo em uma meta-análise de dois ensaios clínicos randomizados, especialmente boca seca e sonolência	Apenas quatro Trials; Imprecisão em torno do estimativa de efeito; Dificuldade com a tolerabilidade

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (por exemplo, fluoxetina ou paroxetina 20 mg uma vez ao dia)	Pacientes não selecionados	Não foi eficaz	Moderada	Não são mais frequentes no uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina do que no placebo em uma meta-análise de dois ensaios clínicos randomizados	Apenas dois ensaios clínicos randomizados
Mirtazapina (a dose usual é 15 mg uma vez por dia, titulado para 30-45 mg uma vez por dia)	Pacientes não selecionados, embora todos tiveram perda de peso	Deve ser eficaz	Moderada	Não é mais alto com Mirtazapina do que placebo	Apenas um pequeno RCT de centro único, mostrando uma pequena melhora (não significativa) nos sintomas globais e uma melhora significativa em saciedade precoce
Terapias psicológicas (por exemplo, cognitivo-comportamental terapia)	Pacientes não selecionados	Deve ser eficaz	Muito baixa	Não foi relatado em Ensaios Clínicos Randomizados individuais, Pre-incluindo sua avaliação na meta-análise de quatro ensaios clínicos randomizados	Todos os ensaios clínicos randomizados com alto risco de viés devido a natureza das intervenções estudadas; Heterogeneidade entre os estudos; possível viés de publicação; Apenas um pequeno número de Ensaios Clínicos Randomizados avaliam cada intervenção; dificultado pela oferta reduzida de profissionais terapeutas especializados em alguns países.

Fonte: FORD (2020).

Mesmo não sendo clara a associação entre a dispepsia e tabagismo, sobrepeso, dieta inadequada e ingestão de álcool e café, a recomendação de modificações nos hábitos de vida deve ser feita, seja porque haverá uma melhora do quadro de dispepsia, seja porque essas oferecem benefícios para a saúde em geral (GUSSO, 2019).

No contexto da APS, o manejo inicial na dispepsia não investigada é o tratamento empírico com inibidor de bombas de prótons. E, após falha terapêutica, há evidências de que a erradicação da bactéria aumenta a taxa de melhora dos sintomas e/ou diminui a sua recorrência das principais causas de dispepsia. Todavia, os exames para detecção da infecção pelo *H. pylori* ainda são pouco disponíveis, especialmente na APS. Assim, assumindo a alta prevalência da infecção por *H. pylori* no Brasil, com uma probabilidade pré-teste elevada, uma segunda alternativa seria tratar empiricamente para a erradicação de *H. pylori* após falha terapêutica do IBP. Estima-se que, com esse fluxo, uma a cada cinco pessoas terá usado inadvertidamente antibioticoterapia (GUSSO, 2019).

O esquema mais recomendado para erradicação do *H. pylori* é a amoxicilina, 1 g, e a claritromicina, 500 mg, por 7 dias, em duas tomadas diárias, associadas ao IBP em dose plena. A efetividade é estimada em 80 a 85%. O esquema prolongado, de 14 dias, independentemente de incrementar 10% no sucesso de erradicação da bactéria, traria benefício absoluto modesto e não é custo-efetivo (GUSSO, 2019). Quando não investigado, o emprego inicial da IBP é feito entre 4 e 6 semanas, como o omeprazol 20mg (GUSSO, 2019).

Atenção!

A dispepsia manifesta-se de modo recorrente e intermitente, podendo apresentar recidivas ao longo da vida (CHISTY, 2021). Entretanto, deve-se estar atento a algumas situações clínicas. Por exemplo, pacientes que já tiveram a dispepsia investigada com endoscopia podem necessitar de nova endoscopia na reavaliação do controle de cicatrização de úlcera gástrica, após 8 a 12 semanas de uso de inibidor de bomba de prótons (IBPs), especialmente nos casos em que houver tais situações (Telessaúders, 2016):

- Suspeita de malignidade (pacientes acima de 50 anos, presença de *H. pylori*, história familiar de câncer gástrico, impressão de malignidade na endoscopia inicial);
- Etiologia da úlcera não esclarecida;
- Biópsias não realizadas na endoscopia inicial;
- Sintomas persistentes;
- Presença de metaplasia e atrofia nas biópsias gástricas, a cada 1 a 3 anos, para rastreamento de neoplasia gástrica; e
- Úlcera duodenal, realizando-se controle não antes de 4 semanas do término da antibioticoterapia. Outros métodos de controle de erradicação (antígeno fecal, teste

respiratório, entre outros) podem ser utilizados, se disponíveis, visto não haver necessidade de endoscopia de rotina, dado o baixo risco de malignidade das úlceras duodenais.

- Não há necessidade de repetição de endoscopia de rotina em pacientes com:
- Gastrite Enantematosa ou Erosiva;
- Hérnia Hiatal;
- Esofagite Leve (Grau A ou B); e
- Duodenite – mesmo em pacientes com *H. pylori.*

Dica

Sempre que solicitar endoscopia digestiva alta, deve-se avaliar a possibilidade de suspender os IBPs de 1 a 2 semanas antes do procedimento, para evitar resultados falso-negativos (GUSSO, 2019).

Segundo STRAND (2017), o uso crônico de IBP em altas doses pode afetar a absorção de cálcio, magnésio e vitamina B12, visto que o pH ácido gástrico facilita a assimilação e ionização de formas menos solúveis de cálcio dietético e a liberação de vitamina B12 ligada aos alimentos. Assim, quando usadas por mais de 1 ano, estão associadas ao aumento do risco de fratura do quadril.

1.2 DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) apresenta a azia (pirose) como principal sintoma, que pode ser exacerbado quando se dobra o peito sobre a barriga ou se faz decúbito com o estômago cheio. O diagnóstico de DRGE é dado quando o paciente apresenta a queixa de pirose, pelo menos uma vez por semana, no período de 4 a 8 semanas. Esta é uma das doenças gastrointestinais mais prevalentes e está associada à diminuição de qualidade de vida (ZATERKA, 2019). Conforme sua intensidade é possível ter a falsa impressão de um infarto agudo do miocárdio* (GUSSO, 2019). A sensação de regurgitação do conteúdo estomacal surge em mais da metade dos casos e, ainda, pode se apresentar como tosse crônica, pigarro, erosões dentárias, alterações na voz ou no sono e episódios de engasgo (GUSSO, 2019 e MITTAL, 2020). Pela pluralidade de manifestações clínicas, a DRGE é considerada uma síndrome (GUSSO, 2019 e ZATERKA, 2019). A resposta à prova terapêutica do uso de IBP é considerada o principal teste confirmatório, ou seja, redução sintomática maior que 50% após 1-2 semanas de tratamento (ZATERKA, 2019).

*O sintoma de dor que surge durante a atividade física deve ter especial atenção para o diagnóstico diferencial quanto a doenças coronarianas.

A prevalência mundial da DRGE varia conforme o país e a cultura, mas estima-se em torno de 13,3% dos adultos. Alguns estudos apontam maior associação com a maior idade, a obesidade, uso do tabaco e um discreto predomínio do sexo feminino, porém, na análise global não se observou diferença (MARET-OUDA, 2020).

O diagnóstico e o tratamento do RGE são eminentemente clínicos, com medidas educativas associadas aos medicamentos. Na investigação por imagem, durante a endoscopia, o refluxo pode ser visualizado, bem como suas complicações. São elas: esofagite e, mais raras, as estenoses (MARET-OUDA, 2020). Este é um ponto importante no manejo desta patologia, pois ao solicitar uma endoscopia digestiva alta, nem sempre vamos encontrar a presença de esofagite, em especial quando os sintomas são ocasionais; ou seja, a endoscopia normal não descarta a possibilidade de DRGE (GUSSO, 2019). Assim, a inexistência de exame diagnóstico padrão ouro valoriza ainda mais a avaliação clínica dos sinais e sintomas do paciente para diferenciar o refluxo fisiológico do patológico (GUSSO, 2019).

Destaque

Os portadores da DRGE, principalmente aqueles com evolução de longa data, podem apresentar complicações, tais como Esôfago de Barrett, estenose péptica e hemorragia. A correlação de tempo de sintomas e o aumento do risco de Esôfago de Barrett merece atenção pela sua predisposição em progredir para adenocarcinoma de esôfago (GUSSO, 2019). Os casos confirmados de esofagites devem ser tratados com IBP por longo prazo, pois a sua suspensão pode reativar sintomas. A dose a ser prescrita deve ser a menor dose possível para aliviar os sintomas, visto que os efeitos adversos são dose dependentes (MARET-OUDA, 2020).

Os sintomas atípicos da DRGE, tais como disfagia e tosse crônica, não podem ser ignorados (MARET-OUDA, 2020). A relação dessas manifestações extraesofágicas ou atípicas com a DRGE é difícil de provar (MITTAL, 2020). A medicação com IBP (inibidor da bomba de prótons) é o tratamento mais comum e após a terapia com dose completa inicial (geralmente Omeprazol 20 mg uma vez ao dia), pois o objetivo é usar a menor dose eficaz (MARET-OUDA, 2020). Pacientes com sintomas típicos de DRGE podem ser medicados empiricamente com IBP. Entre os pacientes que não respondem a esse tratamento ou com diagnóstico incerto, recomendam-se a endoscopia, a manometria esofágica e a pHmetria esofágica (MARET-OUDA, 2020 e MITTAL,2020).

Os tratamentos para DRGE incluem (GUSSO, 2019; MARET-OUDA, 2020):

* O IBP é uma das classes de medicamentos mais prescritos no ambiente de atenção primária, esses têm o uso indicado além da DRGE, são recomendados nos casos de esofagite, úlcera péptica, prevenção de recorrência de úlceras associadas a anti-inflamatórios não esteroidais, síndrome de Zollinger-Ellison, dispepsia funcional e *Helicobacter pylori* (em combinação com antibióticos) (ZATERKA, 2019).

Os pacientes que não respondem ao uso inicial de IBP por 4 a 8 semanas devem ser reavaliados, com a investigação do questionamento da aderência medicamentosa, a análise da indicação da solicitação de exames como a manometria e a endoscopia. A persistência dos sintomas da DRGE indica o aumento do IBP para 2x ao dia, como, por exemplo, o omeprazol 20 mg 2x ao dia, ou indica a troca do IBP (MARET-OUDA, 2020 e MITTAL, 2020). Se ainda persistirem os sintomas, lembrar da possibilidade da evolução para Esôfago de Barrett, ou em caso de sintomas de alerta associados (por exemplo: disfagia, perda de peso, sangramento), os pacientes devem ser submetidos à endoscopia a fim de investigar possíveis complicações do DRGE ou fazer diagnóstico diferencial (MARET-OUDA, 2020, GUSSO,2019 e MITTAL, 2020). Nessas situações, caso o profissional da APS não puder solicitar endoscopia, o paciente deve ser encaminhado para um serviço especializado.

Para saber um pouco mais sobre os exames complementares veja as explicações a seguir (GUSSO, 2019):

• Esofagomanometria: exame que registra as pressões geradas no interior do esôfago. Não tem um papel diagnóstico no DRGE, porém é indicada para avaliar a peristalse e a competência do esfíncter esofágico inferior EEI. Este exame é fundamental quando se avalia a indicação de cirurgia para DRGE.

• Exame radiológico contrastado do esôfago: procedimento de custo relativamente baixo, todavia não está indicado na rotina de investigação da DRGE, em razão da sua baixa sensibilidade. Seu papel está mais restrito em casos de odinofagia e disfagia. Avalia a anatomia esofágica para a procura de lesões estenosantes do esôfago e alterações motoras pelo achado de ondas terciárias e espasmos do órgão.

• pHmetria prolongada de 24 horas: exame que monitora por 24 horas o pH intraesofágico, considerando-se haver RGE quando ocorre queda do pH abaixo de 4. É utilizada para confirmar a presença de RGE em pessoas com sintomas persistentes, sem lesões esofágicas à endoscopia, com dor torácica não cardíaca, com manifestações pulmonares ou das vias aéreas superiores associadas ao RGE, bem como para monitorar a presença de refluxo em pessoas com sintomas refratários.

Segundo o *Proton Pump Inhibitors* (2019), os efeitos colaterais dos IBP são incomuns e geralmente leves, incluem: náusea, desconforto abdominal, constipação, flatulência e diarreia. São menos frequentes os efeitos colaterais: miopatia, artralgias, dores de cabeça e erupções cutâneas. Lesões hepáticas agudas foram raramente relatadas como associadas à maioria dos IBP.

SAIBA MAIS

Caso queira aprender mais sobre as rotinas de Dispepsia e Refluxo na APS, leia:

Capítulo 82 - Dispepsia e Refluxo. Medicina Ambulatorial. 4. ed.: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Por Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani, Michael Schmidt Duncan, Camila Giugliani. 2014.

Clique aqui para ler.

1.3 ÚLCERA PÉPTICA

Úlceras pépticas (DUP) são defeitos da mucosa gástrica ou duodenal que se estendem pela muscular da mucosa em razão da atividade ácido-péptica no suco gástrico. Nessa ótica, existia na década de 1970 um famoso ditado: "no acid, no ulcer"; entretanto, essa frase não é mais referência na prática clínica, visto que outros dois fatores independentes estão associados à úlcera péptica: a infecção por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) e o consumo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) (GUEVARA, 2020). Na ausência do uso de AINEs, o tratamento do *H. pylori* pode levar à melhora e à resolução do quadro da úlcera (GUEVARA, 2020). Nem todas as pessoas evoluem do mesmo modo, pois existem mecanismos que promovem a defesa gastroduodenal, tais como as prostaglandinas, o muco, o bicarbonato e o fluxo sanguíneo para a mucosa. A história natural da úlcera péptica varia desde a cicatrização sem intervenção até o desenvolvimento de complicações com potencial de morbimortalidade significativa, como sangramento e perfuração. Entre os fatores de risco estão descritos o tabagismo, a ingestão regular do álcool e fatores genéticos familiares.

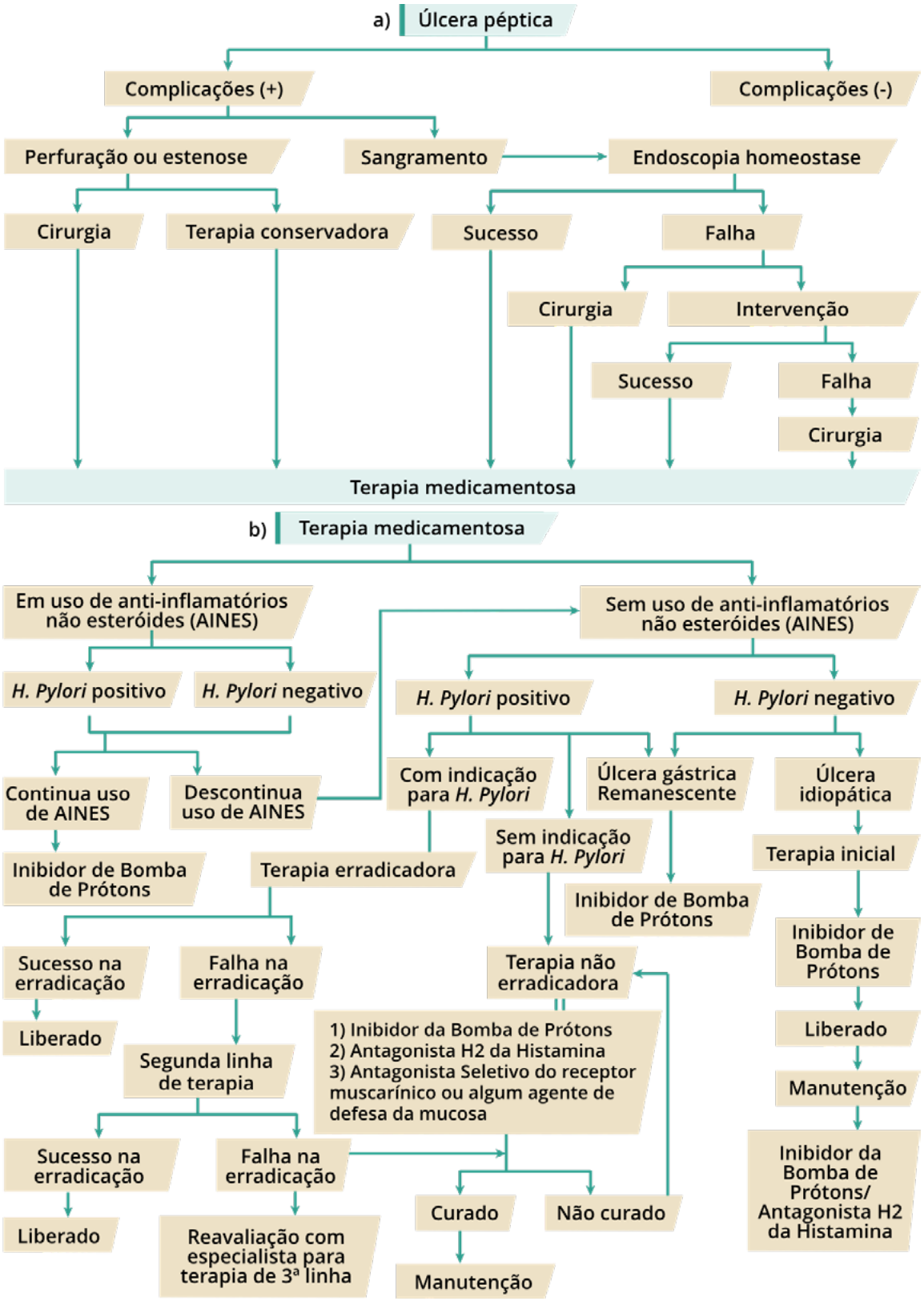
Destaque

Uma curiosidade relevante é que a descoberta do papel do *H. pylori* na fisiopatogenia das doenças gástricas é relativamente nova. Essa descoberta foi feita pelos pesquisadores australianos J. Robin Warren e Barry Marshall, os quais ganharam o Prêmio Nobel de Medicina em 2005 pela pesquisa a respeito da bactéria do *H. pylori* no trato gastrointestinal.

A diferença entre a úlcera péptica e a erosão está no diâmetro e na profundidade da lesão, ao ser avaliada por endoscopia. A úlcera apresenta-se com mais de 5 mm de diâmetro e sua profundidade vai até a submucosa. Enquanto as lesões são menores ou mais superficiais, são chamadas de erosão e ocorrem por falha nos mecanismos que promovem a defesa gastroduodenal (prostaglandinas, muco, bicarbonato, fluxo sanguíneo para a mucosa).

Os sintomas da úlcera péptica podem ser inespecíficos, como dor abdominal, náuseas, vômitos e saciedade precoce. Deve-se ter atenção às complicações mais comuns, que são o sangramento, a obstrução gastrointestinal e a perfuração (GUEVARA, 2020).

Figura 2: Úlcera Péptica.



Fonte: KAMADA (2021).

Os AINEs devem ser descontinuados e a terapia deve ser fornecida para o tratamento de úlceras induzidas por AINEs. Se os AINEs não puderem ser descontinuados, a úlcera deve ser tratada com IBP. Pacientes com úlceras pépticas que não usam AINEs devem ser testados para *H. pylori*. A terapia de erradicação é recomendada para pacientes positivos para *H. pylori*. Se a terapia de primeira linha falhar, a terapia de segunda linha deve ser prescrita. Se a terapia de segunda linha falhar, deve ser encaminhado para o especialista para a avaliação da terapia de terceira linha. Para pacientes sem indicação de terapia de erradicação do *H. pylori* , a terapia de não erradicação é fornecida seguida por terapia de manutenção para prevenir a recorrência da úlcera. Uma úlcera gástrica remanescente é tratada com um IBP, e uma úlcera idiopática é tratada com IBP seguido por terapia de manutenção com IBP ou H2RA.

* 1 Contraindicações. Somente quando a administração for inevitável, pois não pode ser interrompida.

* 2 Pacientes que não usam AINEs e são *H. pylori* negativos são considerados como tendo úlceras pépticas idiopáticas.

Em relação ao tratamento, o uso de inibidores de bombas de prótons representa a primeira escolha para o tratamento de doenças relacionadas ao excesso de ácido gástrico e esofagite, tais como a doença de refluxo não erosiva, úlcera péptica, prevenção de anti-inflamatórios não esteroides, úlceras associadas, síndrome de Zollinger-Ellison e dispepsia funcional. Esta classe de medicamento, em combinação com antibióticos, é parte integrante da terapia de erradicação do *H. pylori* (GUEVARA,2020; STRAND, 2017).

O *H. pylori* é uma bactéria gram-negativa espiralada que, epidemiologicamente, é descrita como uma das infecções mais comuns no ser humano em todo o planeta, com prevalência estimada em 50% da população mundial. No IV Consenso Brasileiro sobre Infecção pelo *H. pylori* em 2017, definiram-se pontos importantes do manejo dessa infecção, entre eles ressalta-se a principal mudança na recomendação do tempo de tratamento de primeira linha, de 7 para 14 dias (COELHO, 2018).

Neste Consenso foram elaboradas 30 recomendações, conheça algumas delas (COELHO, 2018):

- O teste respiratório com ureia 13C é o método padrão-ouro para o diagnóstico não invasivo da infecção por HP. O teste de antígeno fecal usando anticorpos monoclonais é uma boa alternativa; entretanto, a disponibilidade destes dois métodos no Brasil é limitada;

- Para o estudo do HP usando o teste rápido da urease (TRU), recomenda-se a coleta de um fragmento do antro e um do corpo. Para exame histológico, coleta de dois fragmentos do antro e dois do corpo é recomendada porque isso permite a análise morfológica da mucosa. TRU sozinho não é recomendado para controle da terapia de erradicação;

• A pesquisa de HP, após a terapia de erradicação, deve ser realizada pelo menos 4 semanas após o término do tratamento. O teste respiratório com ureia 13C e a pesquisa do antígeno fecal com anticorpo monoclonal são os métodos de escolha. Histologia é um método invasivo alternativo;

• O uso de inibidores de bombas de prótons deve ser descontinuado por 2 semanas antes da realização de testes diagnósticos para a infecção por HP, exceto a sorologia. O uso de antibióticos e sais de bismuto deve ser descontinuado por 4 semanas antes desses testes diagnósticos;

• Apesar dos níveis de resistência crescentes à Claritromicina e às Fluoroquinolonas no Brasil, o seu uso ainda é recomendado no tratamento do HP. Apesar da alta resistência in vitro aos nitroimidazólicos, estas drogas podem ser prescritas em situações, doses e períodos específicos. A duração da terapia de erradicação do HP deve ser de 14 dias, especialmente para a terapia tripla padrão, a fim de alcançar uma alta taxa de erradicação;

• Usar IBPs após a erradicação do HP para cicatrizar úlcera péptica duodenal é desnecessário. Em casos de úlcera gástrica ou úlceras gastroduodenais complicadas, tratamento com IBPs por 4 a 8 semanas após a terapia de erradicação é recomendado.

• A recomendação para indivíduos com alergia à Amoxicilina é IBP 2x/dia + Claritromicina 500 mg 2x/dia + Levofloxacina 500 mg 1x/dia por 14 dias; ou IBP 2x/dia + Doxiciclina 100 mg 2x/dia ou Tetraciclina 500 mg 4x/dia + Metronidazol 500 mg 3x/dia + Bismuto 240 mg 2x/dia por 14 dias.

Quadro 2: Opções terapêuticas para a infecção pelo *H. pylori*.

Recomendado	Medicamento	Medicamento	Duração do Tratamento
Terapia Tripla Standard	IBP	Dose plena de 12/12 h	14 dias
	Claritromicina	500 mg de 12/12 h	
	Amoxicilina	1.0 g de 12/12 h	
Alternativas			
Terapia Quádrupla com Bismuto	IBP	Dose Plena de 12/12 h	10-14 dias
	Subcitrato de Bismuto Coloidal	120 mg de 6/6 h ou 240 mg de 12/12 h	
	Tetraciclina	500 mg de 6/6 h	
	Metronidazol	400 mg de 8/8 h	

Terapia Concomitante sem Bismuto	IBP	Dose Plena de 12/12 h	14 dias
	Amoxicilina	1.0 g de 12/12 h	
	Claritromicina	500 mg de 12/12 h	
	Metronidazol ou Tinidazol	500 mg de 12/12 h	

Fonte: COELHO, 2018.

Ao avaliar a farmacodinâmica dos inibidores de bomba de prótons, observa-se que sua atuação consiste no bloqueio da etapa final de liberação do ácido gástrico, o qual pode durar até 24h, pois esse é o intervalo de tempo até a síntese de uma nova bomba. Ao prescrever, o efeito pleno ocorre em 3 a 4 dias de uso. A grande maioria dos prescritores já o receitam de modo adequado: de 30 minutos a 1 hora antes da alimentação, mas muitos não sabem o porquê dessa orientação. O motivo é porque são pró-fármacos que necessitam de um ambiente ácido para serem convertidos nas respectivas formas ativas (PROTON PUMB INHIBITORS, 2019; GUEVARA, 2020).

Dentre os inibidores da bomba de próton temos o omeprazol (a classe mais prescrita), lansoprazol, pantoprazol, rebeprazol, esomeprazol, dexlansoprazol. Apesar de serem diferentes fármacos, todos apresentam a capacidade de bloquear a secreção gástrica de maneira semelhante, não apresentando diferenças significativas quanto aos seus resultados (PROTON PUMB INHIBITORS, 2019; GUEVARA, 2020).

REFLEXÃO

Ao atender os usuários, em muitos momentos, se faz necessário, além de prescrever os medicamentos baseados nas evidências clínicas, orientar quanto à mudança de hábitos dos pacientes. Entre esses, muitas vezes, devemos propor um cardápio baseado nas necessidades clínicas, nas condições econômicas e nas preferências alimentares do paciente. As mudanças de estilo de vida são grandes desafios. Como ocorre esse processo de reeducação alimentar aos usuários na unidade de saúde que você trabalha? Existe um profissional responsável para esta função? Ocorre em grandes grupos ou salas de espera? Essa orientação ocorre apenas em situações pontuais nas consultas clínicas? Existe algum material que sua equipe usa como referência? Seria possível melhorar o acesso a essa intervenção no seu serviço?

Reflita junto com sua equipe sobre o manejo da reeducação alimentar e como seria possível melhorar esse processo de trabalho. Para essa conversa ser colocada em prática, existem muitas literaturas disponíveis. Sugerimos a Cartilha do Ministério da Saúde, Brasil (2016): Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde.

1.4 FECHAMENTO DA UNIDADE

Caro aluno,

Chegamos ao final dessa unidade! Com os conhecimentos abordados aqui, foi possível perceber que as queixas do trato gastrointestinal não devem ser ignoradas no atendimento na APS, mesmo que não seja a queixa principal daquele atendimento.

Espero que você incorpore na sua prática profissional a valorização da anamnese detalhada e um exame físico criterioso, pois esses auxiliam na elaboração das hipóteses diagnósticas das principais patologias do trato gastrointestinal superior.

UNIDADE 02

Patologias Trato Gastrointestinal Inferior

INTRODUÇÃO DA UNIDADE

Na Matriz de competências da Medicina de Família e Comunidade (SBMFC-2019), encontramos outros pontos que devem ser desenvolvidos nos tratos gastrointestinais, como por exemplo:

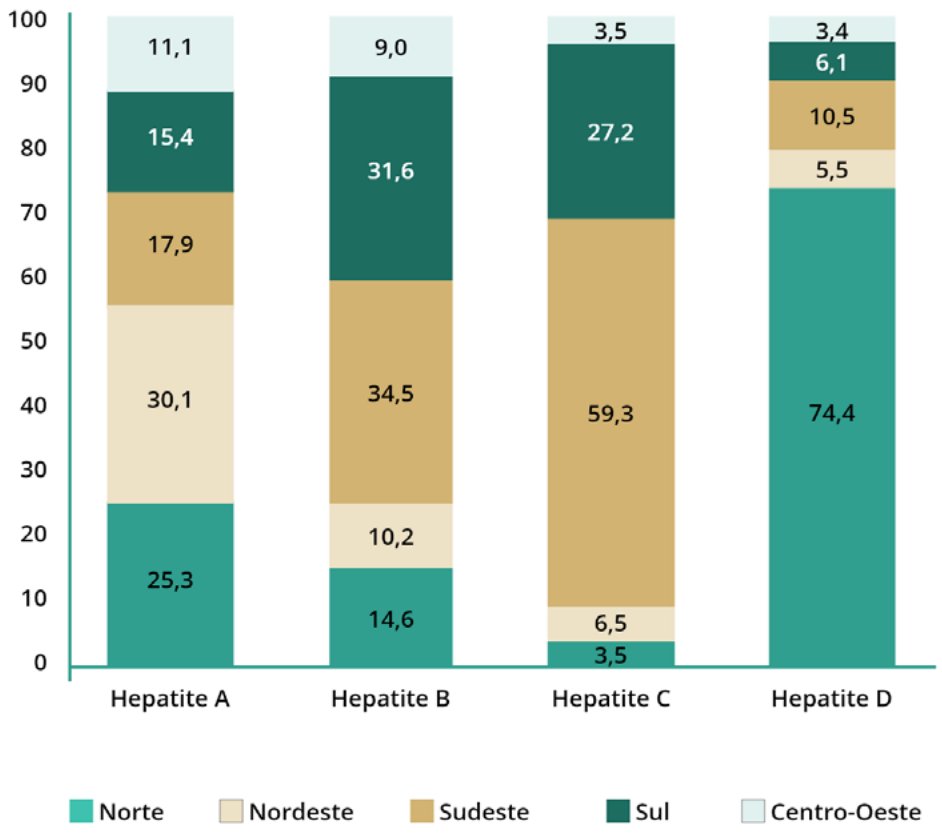
- Coordenar e realizar as atividades preventivas de hepatite, hepatopatia alcoólica e câncer digestivo; e
- Gerir o diagnóstico e referenciar, no momento adequado, pacientes com hepatites. Manejar os casos de hepatites em pacientes sob o seu cuidado.

Outros pontos importantes a serem abordados são a abordagem para diarreias, constipação e lesões anorretais. Tais queixas, muitas vezes, não são a razão principal da solicitação de consulta pelo paciente, mas devem ser avaliadas em conjunto com o quadro clínico.

2.1 HEPATITES

A hepatite é uma inflamação do fígado que pode ser aguda ou crônica, sendo que a última se caracteriza pela evolução do quadro por mais de 6 meses. Pode estar relacionada a diversas causas, como: o uso de medicamentos, a intoxicação por defensivos agrícolas, o consumo de bebidas alcoólicas e o processo infeccioso por vírus, fungos, protozoários ou bactérias. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. A distribuição dessas patologias ocorre de maneira diversificada nas diversas regiões do Brasil, conforme o gráfico a seguir. Existem ainda, com menor frequência, o vírus da Hepatite D (mais comum na região Norte do país) e o vírus da Hepatite E, que é menos comum no Brasil, sendo encontrado com maior facilidade na África e na Ásia. Dentro da diversidade de patologias que podem acometer o fígado, nos concentramos neste estudo na s A, B e C e na hepatite alcoólica.

Gráfico 1: Proporção dos casos de hepatites virais nas regiões brasileiras.



Fonte: Boletim Epidemiológico Hepatite, 2020.

Quando atendemos na APS um paciente com acometimento hepático, nos preocupamos em saber qual é a etiologia, qual é o estágio da fibrose e qual é o grau do processo inflamatório. O estágio da fibrose/cirrose é avaliado por 2 escores, ISHAK e Metavir, que requerem avaliação de biópsia hepática, procedimento realizado na atenção secundária e terciária.

Contudo, na APS podemos diagnosticar clinicamente o paciente e avaliar seus exames, tais como a dosagem sérica (MINCIS, 2007). As aminotransferases atingem valores de 25 até 100 vezes acima do normal nas formas agudas das hepatites, contudo isso não ocorre em todos os pacientes, pois alguns podem apresentar níveis mais baixos, principalmente na Hepatite C. Em geral, o padrão é que as aminotransferases se elevem 1 semana antes do início da icterícia e se normalizam em até 6 semanas de curso clínico da doença. Nas formas crônicas, na maioria das vezes, elas não ultrapassam 15 vezes o valor normal. Nos casos dos pacientes assintomáticos com hepatopatia crônica, frequentemente, são os únicos exames inespecíficos alterados. Em relação às bilirrubinas, essas aumentam após a elevação das aminotransferases. Nos quadros de hepatites agudas, os valores alcançam 20 a 25 vezes acima do normal às custas predominantemente da sua fração conjugada (direta) e, em menor escala, não-conjugada (indireta) (BRASIL, 2019).

Outros exames a serem avaliados são a fosfatase alcalina, a gama- GT, a albumina e a atividade da protrombina. Esses exames, junto com as sorologias, são importantes para avaliação do paciente e para o cálculo do Escore de Child Pugh a fim de avaliar o prognóstico de sobrevida do paciente.

Quadro 3: Quadro da Classificação de Child Pugh, que inclui informações da anamnese e do exame físico, dos valores da albumina, do tempo de protrombina (TP) e de bilirrubinas.

Classificação de Child - Pugh			
Pontuação	1	2	3
Encefalopatia	Nenhuma	1-2	3-4
Ascite	Ausente	Leve	Moderada
Bilirrubina	1-2	2-3	> 3
Albumina	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
TP (seg. prolongados)	1-4	4-6	> 6

Classe A= 5-6 pontos; Classe B= 7-9 pontos; Classe C= 10-15 pontos.
Fonte: PUGH, 1973.

As consultas de pacientes com quadros de Hepatite aguda devem ter um intervalo de 15 dias, independentemente do resultado dos exames. As consultas subsequentes devem ser realizadas em intervalos de 4 semanas, acompanhadas de seguimento ambulatorial com dosagem de aminotransferases, tempo de protrombina (TP), bilirrubinas e albumina, com o mesmo intervalo, até que se obtenham duas dosagens normais em um intervalo de 4 semanas (GUSSO, 2019).

Ao atender o usuário, o profissional de saúde deve estar atento às manifestações do acometimento hepático crônico, que pode estar evoluindo para uma cirrose, tais como: na inspeção pode ser vista icterícia, aranhas vasculares, eritema palmar,

ginecomastia; no exame de abdômen ascite e a esplenomegalia; e, ainda, encefalopatia com inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, flapping. Já nos exames, os achados associados podem ser plaquetopenia, elevação no tempo de protrombina, hipoalbuminemia; e na ultrassonografia ser visualizado fígado com bordos rombos, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia (TELESSAÚDERS, 2016). A elevação da gama-GT isolada não representa transtorno hepático.

Ao nos depararmos com quadros de urgência, tais como insuficiência hepática aguda, abdome agudo, hematêmese, hematoquezia/melena aguda, deve-se considerar o encaminhamento para o serviço de emergência, mesmo sem diagnóstico etiológico.

Dentro das unidades de saúde, a expectativa é de que exista a oferta de testes rápidos para Hepatite B e C, além dos exames para HIV e sífilis. No contexto clínico, a abordagem assertiva do usuário e a oportunidade de elencar a possibilidade de Hepatite B ou C em uma única visita na unidade de saúde tornam-se uma estratégia interessante. As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se de uma infecção que atinge vários órgãos, em especial o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Geralmente, o quadro clínico é silencioso e insidioso, apresentando nenhum ou poucos sintomas. Todavia, quando os pacientes estão sintomáticos, podem manifestar: cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Estima-se que o impacto dessas infecções acarreta mundialmente em 1,4 milhões de mortes por ano, através da infecção aguda, câncer hepático ou cirrose associada às hepatites.

Para o manejo assertivo das Hepatites B e C, uma das principais fontes de referência são os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que são frequentemente atualizados e disponibilizados de forma online. Esses são documentos que estabelecem: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Como se trata de uma doença silenciosa, são necessários exames de rastreio. Atualmente existem testes rápidos para detectar a infecção pelos vírus B ou C, ambos disponíveis no SUS para toda a população. A vacina contra Hepatite B também é ofertada de maneira universal e gratuita no SUS, nas Unidades Básicas de Saúde. Desde 2016 existe a universalização da imunização para Hepatite B no calendário vacinal. Entretanto, a Hepatite B não tem cura. Já a Hepatite C é o oposto, apresenta esquemas terapêuticos que curam, mas não dispõe de uma vacina que lhe confira proteção.

Após esse panorama geral, sobre o prisma da APS, vamos conhecer mais sobre a:

- **Hepatite A**: esta infecção tem como principais características ser autolimitada,

não cronificar e, muitas vezes, se manifestar de modo oligossintomático, especialmente nas crianças. Seu modo de transmissão é oro-fecal, sendo umas das estratégias de prevenção a higiene das mãos e o cuidado com a água. A prática sexual oral também é uma forma de transmissão em adultos.

As manifestações clínicas podem ser assintomáticas ou oligossintomáticas, comuns na criança, e sintomática clássica, com mal estar, febre, pródromos, icterícia e convalescença, que podem durar de 2 a 8 semanas. Outras três formas também são possíveis de serem encontradas. São elas:

- a colestática que apresenta uma icterícia mais duradoura, com mais de 3 meses;
- a recidivante, que pode apresentar mais de um quadro clínico agudo da hepatite, com intervalo de algumas semanas e que, em geral, não são graves;
- e, por fim, a forma fulminante, que é rara, mas com alta letalidade, ocorrendo mais em idosos e hepatopatas crônicos prévios. Em razão disso, indica-se a vacinação em alguns grupos especiais, como disposto mais adiante.

A incubação pode variar entre 15 a 50 dias, sendo que a viremia com liberação do vírus pelas fezes inicia-se no período de incubação e se prolonga até aproximadamente 7 dias após o início dos sintomas. Os exames sorológicos são o anti-HAV IGM, que reage apenas poucos dias antes do início dos sintomas e permanece reagente por até 6 meses, e o anti-HVA IGG, que também pode reagir no início dos sintomas, mas permanece por mais tempo.

Assim, ao fazer os exames e somente o anti-HAV IGM for reagente, sabemos que se constata o início de um quadro de infecção por Hepatite A. Essa informação é útil, especialmente quando está se investigando contatos ou se trata de um falso positivo que foi ocasionado por um fator reumatoide reagente. Outra informação relevante é que, caso estejamos investigando um paciente com icterícia e somente o anti-HVA IGG for reagente, pode-se descartar um quadro atual de Hepatite A.

O tratamento para a Hepatite A é feito com sintomáticos e repouso relativo, conforme a tolerância do paciente. Evitam-se medicamentos com potencial hepatotóxico, como o paracetamol, e aconselha-se a abstinência de bebidas alcoólicas. O prognóstico dessa infecção é bom, pois, como tem curso autolimitado, não deixa sequelas. A exceção são os pacientes com Hepatite fulminante, condição rara que acomete mais idosos. Quando ocorre, devem ser encaminhados para avaliação hospitalar de urgência em razão da alta mortalidade.

A imunização é feita com o vírus inativado, sendo a administração usual via intramuscular. A soroconversão ocorre em aproximadamente 1 mês. A vacina está indicada no calendário básico vacinal para as crianças com dose única aos 15 meses de idade, devendo ser aplicada antes de fazer 5 anos. Ainda, a vacina está disponível no Centro de Referência Imunológico Especial (CRIE), e podem ser avaliadas as seguintes condições clínicas: adultos/idosos com HIV, pessoas com imunodeficiências adquiridas, pessoas com diagnóstico de neoplasias, usuários de drogas, pacientes com doenças genéticas como Síndrome de Down, candidatos a trans-

plantes e transplantados de órgãos sólidos, conviventes domiciliares de pacientes imunossuprimidos, doadores cadastrados para doação de medula e órgãos, transplantados de células tronco hematopoéticas, pessoas que vivem com hepatopatia crônica (incluindo Hepatite B e C), pessoas com doença renal crônica, pessoas com disfunção esplênica e pessoas com doenças reumatológicas e autoimunes que fazem uso de imunomodulador. Nessas condições citadas, para serem feitas no CRIE, se aplicam 2 doses, com 6 meses de intervalo (Calendário de Vacinação de Pacientes Especiais 2020-2021).

- **Hepatite B**: o vírus da Hepatite B é encontrado no sangue e nos fluidos. É transmitida por transmissão vertical, percutânea por perfurocortantes contaminados, por transfusão de sangue, por transplante de órgãos e, a principal forma, por relação sexual. Assim, a Hepatite B é considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST). Além da forma do contato, a viremia do infectante é crucial, pois quanto maior a inoculação de vírus, mais chance de infectar. O período de incubação é entre 30 e 180 dias, e os exames a serem realizados para o diagnóstico são variados.

Veja o quadro que orienta sobre a interpretação dos resultados dos exames sorológicos para Hepatite B. Note que, ao achar HBsAg no soro, existe a indicação de que há um processo de Hepatite B ativo, que pode ser agudo ou crônico, sendo que o último ocorre quando há evolução de mais de 6 meses.

Quadro 4: Resultados dos exames sorológicos para Hepatite B.

Condição do caso	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IGm	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBs
Suscetível sem contato prévio com Hepatite B	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Período de incubação	(+/-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Hepatite B aguda	(+)	(+)	(+)	(+/-)	(+/-)	(-)
Final da fase aguda	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
Hepatite B crônica	(+)	(+)	(-)	(+/-)	(+/-)	(-)
Hepatite B curada	(-)	(+)	(-)	(-)	(+/-)	(+)#
Imunizado por vacinação	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

– Em alguns casos de Hepatite B curada, o Anti-Hbs não é detectado por estar em baixos títulos, porém não é necessário vacinar.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde. Brasil (2019).

Veja o quadro abaixo sobre como interpretar e manejar a investigação conforme os resultados de testes para a pesquisa de marcadores sorológicos para Hepatite B:

Quadro 5: Interpretação e manejo da investigação Hepatite B.

Interpretação / Conduta	HBsAg	Anti-HBc total
Início de fase aguda Necessário repetir sorologia após 30 dias	Reagente (+)	Não reagente (-)
Hepatite aguda ou crônica Solicitar Anti-HBc IgM	Reagente (+)	Reagente (+)
Cura (desaparecimento do HBsAg) Solicitar Anti-HBs	Não reagente (-)	Reagente (+)
Suscetível Indicar vacina ou pedir Anti-HBs para confirmar soroconversão caso a pessoa já tenha sido vacinada	Não reagente (-)	Não reagente (-)

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde. Brasil, 2019.

A imunidade adquirida por infecção prévia resolvida naturalmente de Hepatite B é estabelecida pela presença do anti-HBc e anti-HBs reagentes. Eventualmente, o anti-HBc pode ser o único indicador da imunidade natural detectável, pois, com o tempo, os níveis de anti-HBs podem se tornar indetectáveis. A vacina contra a Hepatite B induz à formação do anti-HBs isoladamente. Além da vacina e da imunoglobulina, outras formas de prevenção podem ser consideradas: o uso de preservativo durante a prática sexual e o não compartilhamento de objetos perfuro-cortantes como seringas e alicates de unha (BRASIL, 2019).

A Hepatite B aguda normalmente tem um bom prognóstico, com resolução da infecção em cerca de 90 a 95% dos casos, a depender da idade da pessoa. Menos de 1% poderá evoluir para Hepatite fulminante. Em cerca de 10% dos casos, o marcador HBsAg permanece reagente por mais de 6 meses, caracterizando a Hepatite crônica. A cronificação é mais prevalente nos casos de transmissão vertical ou de infecção durante a infância (BRASIL, 2019).

Em relação à vacina da Hepatite B, além de pertencer ao calendário infantil que inicia preferencialmente nas primeiras 24h após o nascimento, as demais doses são completadas com a vacina pentavalente (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, Hepatite B [recombinante] e Haemophilus influenzae B [conjugada]), aos 2, 4 e 6 meses; destaca-se por ser também parte do calendário vacinal do profissional da saúde, para se proteger e não contaminar os pacientes na sua prática profissional. A imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAB) é direcionada para pessoas não vacinadas, ou com esquema incompleto, após exposição ao vírus da Hepatite B. Isso

inclui acidentes punctórios ou recém nascido de gestantes com Hepatite B (BRASIL, 2019; SBIM, 2020).

A solicitação de anti-HBs após a vacinação de Hepatite B não é recomendada para a população em geral, em virtude da alta eficácia da vacina. Então, para quem pedir o anti-HBs? Quando fazê-lo?

Destaque

O anti-HBs deve ser solicitado a profissionais de saúde e deve ser coletado entre 30 e 60 dias após o término do esquema vacinal. Caso dê resultado sorológico inferior a 10 UI/ml, realizar uma nova dose (dose teste) e repetir a sorologia. Se permanecer com resultado negativo (<10 UI/ml), completar o esquema vacinal (2 doses). Além desses, o anti-HBs deve ser solicitado aos pacientes renais crônicos e hemodialisados, hepatopatas crônicos, portadores de Hepatite C, com diabetes mellitus, transplantados de órgãos sólidos e pacientes com neoplasias e/ou que necessitem quimioterapia, radioterapia, corticoterapia e acompanhados por outras imunodeficiências, transplantados de medula óssea, pacientes com doenças hemorrágicas e politransfundidos (OLIVEIRA EB, 2017).

A cronificação da Hepatite B é aproximadamente 5% dos casos, sendo que esses podem permanecer por muito tempo assintomáticos até iniciar o quadro que leva à cirrose. Por isso é importante o rastreamento de pessoas assintomáticas, para não ser descoberto por um comprometimento mais severo. Pessoas que desenvolvem icterícia na fase aguda mais dificilmente evoluem para a forma crônica (OLIVEIRA EB, 2017). O encaminhamento do paciente para fazer acompanhamento em paralelo com serviço especializado de Gastroenterologia ou Infectologia deve ser realizado quando os pacientes com Hepatite B aguda evoluem para a forma crônica (HBsAg persiste positivo após 6 meses da infecção aguda) ou casos que já foram identificados na fase crônica (pacientes com HBsAg positivo, anti-HBc total positivo e anti-HBc IgM negativo). Outro grupo que deve ser prioritariamente encaminhado é o das pessoas que já apresentam suspeita ou diagnóstico de cirrose. Atenção: as pessoas com Hepatite B aguda não devem ser encaminhadas ao especialista (OLIVEIRA EB, 2017).

- **Hepatite C:** segundo o PCDT Hepatite C (2019), a Hepatite C, geralmente, tem manifestações clínicas oligo ou assintomáticas, até evoluir para a forma grave. Por isso, é importante dominar os exames que podem ser requeridos por suspeitas clínicas ou rastreio. O principal método diagnóstico para a Hepatite C é a sorologia para anti-HCV pelo método ELISA, sendo que a terceira geração desse exame, o ELISA III, tem sensibilidade e especificidades superiores a 95% (com valor preditivo positivo superior a 95%). Entretanto, a soroconversão não é imediata; após a infecção, o exame torna-se positivo entre 20 e 150 dias (média de 50 dias). Em razão da alta

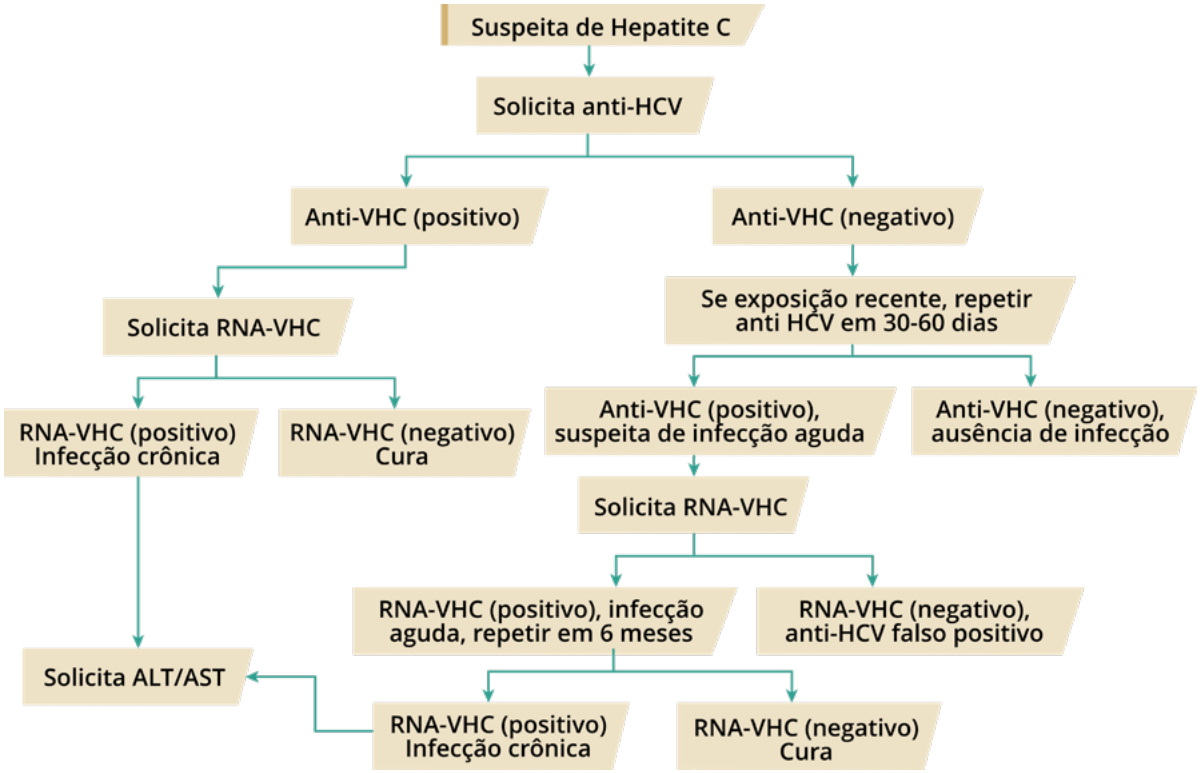
confiança do exame, o uso de sorologia por outro método (RIBA) só deve ser realizado em suspeitas de ELISA falso positivo (pessoas sem nenhum fator de risco).

Sobre o quadro clínico, conforme descrito acima, a maioria dos pacientes com Hepatite C (cerca de 80%) não manifesta sintomas, porém, quando os apresenta, são inespecíficos, como: letargia, dores musculares e articulares, cansaço, náuseas ou desconforto no hipocôndrio direito. Na fase aguda da Hepatite C, o paciente possui elevação das aminotransferases, principalmente ALT (TGP), e pode apresentar, inicialmente, náuseas, vômitos, fadiga, febre baixa e dores de cabeça. Após esses sintomas, o quadro pode evoluir para dor abdominal, icterícia, prurido, urina de cor escura e artralgia. Nos casos mais graves, ocorre progressão para cirrose.

É papel da equipe da APS orientar que essa infecção oligossintomática ou assintomática tem chance de evolução com altos índices de morbimortalidade. Assim, na ausência de tratamento, ocorre cronificação em 60% a 85% dos casos; em média, 20% dos casos podem evoluir para cirrose e de 1% a 5% dos pacientes desenvolvem câncer de fígado (PCDT Hepatite C, 2019). No curso da infecção, a cura espontânea após a infecção aguda pelo HCV pode ocorrer em 25 a 50% dos casos. Habitualmente, a Hepatite C é diagnosticada em sua fase crônica. Como os sintomas são, muitas vezes, escassos e inespecíficos, a doença evolui durante décadas sem diagnóstico (CONITEC, 2017; GUSSO, 2019; PCDT Hepatite C, 2019).

Desse modo, veja o fluxograma abaixo de como proceder quando existe uma suspeita de Hepatite C:

Figura 3: Investigação para Hepatite C.



Fonte: DUNCAN, 2013.

O teste rápido para Hepatite C, utilizado amplamente nos serviços da APS, dosa o próprio anti-HCV com excelente acurácia, não sendo necessária sua repetição por outro método. Assim, pacientes com teste rápido reagente para Hepatite C e com anti-HCV reagente coletado no laboratório por método tradicional devem ter a infecção confirmada por quantificação da carga viral (HCV-RNA). A solicitação da carga viral pode ser pedida na APS, conforme os fluxos locais.

É importante ressaltar que todas as pessoas são susceptíveis à infecção ou reinfecção pelo HCV. O perfil sorológico anti-HCV reagente não significa imunidade contra o vírus, porque o paciente que já foi infectado pela Hepatite C apresenta sorologia anti--HCV reagente por um período indefinido. Contudo, se faz necessário compreender que manter o exame anti-HCV reagente não significa resolução ou cronicidade e, para essa avaliação, precisamos analisar o material genético viral ou antígeno viral. A presença do HCV-RNA ou do antígeno viral por um período de 6 meses após o diagnóstico inicial da infecção é evidência de cronificação da Hepatite C ou de sinais de cirrose hepática.

Para o manejo da Hepatite C é importante saber as formas de contaminação, que são principalmente por sangue, como na Hepatite B. Assim, devemos ter atenção quando atendemos pessoas que transfundiram sangue antes de 1993, visto que a triagem para Hepatite C foi obrigatória apenas a partir desse ano. Atualmente, os protocolos de desinfecção dos equipamentos de hemodiálise são rígidos, a fim de proteger doentes renais da exposição ao vírus da Hepatite C, não sendo um risco usual no Brasil. Apesar de existir legislação para regular estéticas e estúdios de tatuagem, o histórico de uso desses serviços deve ser avaliado, se as agulhas foram descartadas após o uso, evitando contaminação. Além disso, materiais hospitalares e de manicure devem ser esterilizados para evitar a possível transmissão do HCV. A transmissão do vírus por relação sexual desprotegida e por transmissão vertical no parto é menos comum, mas também é possível (GUSSO, 2019; BRASIL, 2019). Atualmente, não existe vacina contra a Hepatite C (SBIM, 2020).

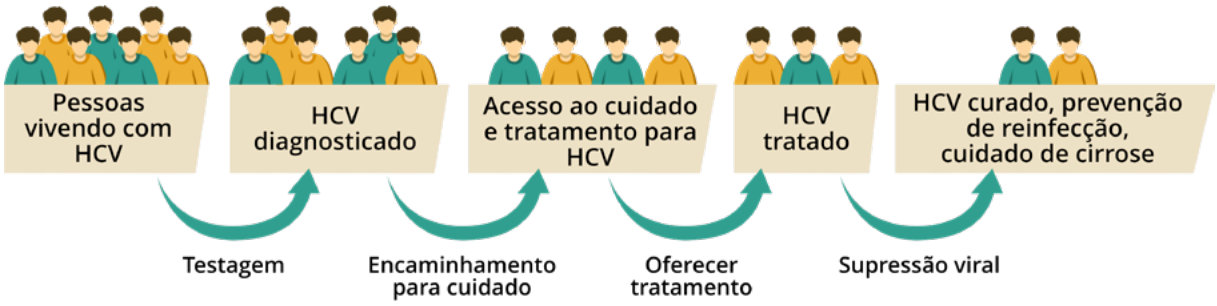
O médico da APS pode encaminhar para o infectologista ou gastroenterologista pacientes com Hepatite C confirmada, sem cirrose. Em relação aos pacientes com suspeita de cirrose, esses devem ser encaminhados para gastroenterologista. No entanto, caso o HCV-RNA seja indetectável, não há infecção ativa e conclui-se que houve contato prévio com o vírus C sem ter ocorrido infecção crônica. Para confirmar a ausência de infecção, recomenda-se nova coleta de HCV-RNA em 3 a 6 meses. Nesses casos, se o anti-HCV e o teste rápido permaneceram positivos ao longo de toda a vida do paciente, indicando apenas contato prévio com o vírus, não há necessidade de repetir os exames ou de se suspeitar novamente de infecção (BRASIL, 2015).

Atenção!

O resultado falso positivo do anti-HCV pode ocorrer, e é mais comum em portadores de doenças autoimunes com autoanticorpos circulantes, além de indivíduos que tiveram Hepatite C aguda, que curaram espontaneamente, mas que mantêm a sorologia positiva por várias semanas. Por outro lado, o exame também pode ser falso negativo em pacientes com sistema imunológico comprometido (CONITEC, 2017).

O padrão de atenção comunitária à Hepatite C evolui em direção à ampla triagem visto o quadro de pacientes assintomáticos e tratamentos universais. No entanto, é importante ter consciência que existe uma perda de acompanhamento de pacientes a cada etapa da "cascata de cuidado para a cura", sendo essas a triagem, o diagnóstico, a avaliação, o tratamento, a cura, a prevenção de reinfecção e cuidados com a cirrose. Essa perda de seguimento resulta em taxas ainda mais baixas de tratamento e, em última instância, de cura (PATEL, 2020).

Figura 4: Linha de Cuidado para Hepatite C.



Fonte: PATEL, 2020. HCV cascade to cure.

Atualmente, existem muitas etapas, com perda de seguimento em quantidade considerável entre cada etapa, ao longo da cascata do HCV, desde o diagnóstico, acesso ao cuidado, tratamento, cura, prevenção de reinfecção e cuidados para a cirrose. As estratégias para superar as barreiras em torno do teste, vinculação ao cuidado, entrega do tratamento e supressão viral mais eficazes são necessárias para atingir a meta de eliminação do HCV. Fonte: PATEL, 2020.

Uma coorte brasileira de 11.308 pacientes infectados com Hepatite C crônica tratados com regimes que incluíram Sofosbuvir (SOF), Daclatasvir (DCV), Simeprevir (SMV) ou uma associação de Ombitasvir, Veruprevir/ Ritonavir e Dasabuvir (3D) com ou sem Ribavirina (RBV) demonstrou um alto índice de cura (entre 95,0% a 95,9%), mantendo a resposta virológica sustentada ou cura viral após um tratamento de 12 semanas. Esse estudo apresenta relevância para demonstrar que as políticas públicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, incluindo a incorporação de terapias que requerem grandes investimentos, proporcionam cura para milhares pessoas no sistema público de saúde (VIVALDINI, 2021). A APS, por ser a principal porta de entrada do atendimento vinculado ao SUS e por estar no território, apresenta um papel fundamental no acompanhamento de pessoas que vivem com hepatites (diagnosticadas ou não). A cascata do cuidado inicia-se com triagem e localização de casos, sendo que existem populações prioritárias que precisam ser alcançadas (PATEL,2020).

A prescrição dos esquemas antivirais para a Hepatite C são múltiplos e de competência do sistema secundário ou terciário. Veja abaixo os exemplos de indicação de tratamento conforme a genotipagem do paciente.

Quadro 6: Indicação do tratamento medicamentoso para Hepatite C.

		Pacientes não submetidos a tratamento prévio com DAA			**Pacientes renais com depuração de creatinina inferior a 30mL/min não submetidos a tratamento prévio com DAA**	
		Pacientes iniciais sem cirrose	Pacientes iniciais com cirrose Child-A	Pacientes iniciais com cirrose Child-B ou C	Pacientes renais sem cirrose	Pacientes renais com cirrose Child-A
Genótipo 1a	Sofosbuvir ± daclatasvir OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Elbasvir/grazoprevir	16 semanas	16 semanas	x	16 semanas	16 semanas
	Ledipasvir/sofosbuvir2 ± ribavirina1 OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina3	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
Genótipo 1b	Sofosbuvir+daclatasvir± ribavirina1 OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Elbasvir/grazoprevir OU	12 semanas	12 semanas	x	12 semanas	12 semanas
	Ledipasvir/sofosbuvir2 ± ribavirina1 OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina3	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
Genótipo 2	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina1 OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina3	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
Genótipo 3	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina1 OU	12 semanas	24 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina3	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
Genótipo 4	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina1 OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina3 OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Elbasvir/grazoprevir	12 semanas	12 semanas	x	12 semanas	12 semanas

Genótipo 5	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina1 OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina3	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
Genótipo 6	Sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina1 OU	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
	Glecaprevir/pibrentasvir OU	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	Velpatasvir/sofosbuvir ± ribavirina3	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

1 Em pacientes com cirrose Child-Pugh B e C, a dose inicial de ribavirina deve ser de 500mg ao dia, podendo ser aumentada conforme a tolerância do paciente e avaliação médica. A dose máxima não deve ultrapassar 11 mg/kg/ dia. A adição de ribavirina, quando possível, é sempre recomendada em pacientes cirróticos e em todos aqueles com menor chance de resposta virológica: não respondedores aos esquemas com interferon, genótipo 3, sexo masculino, idade >40 anos, ou a critério da equipe médica. Deve-se investigar intolerância prévia ou o risco de eventos adversos com ribavirina.

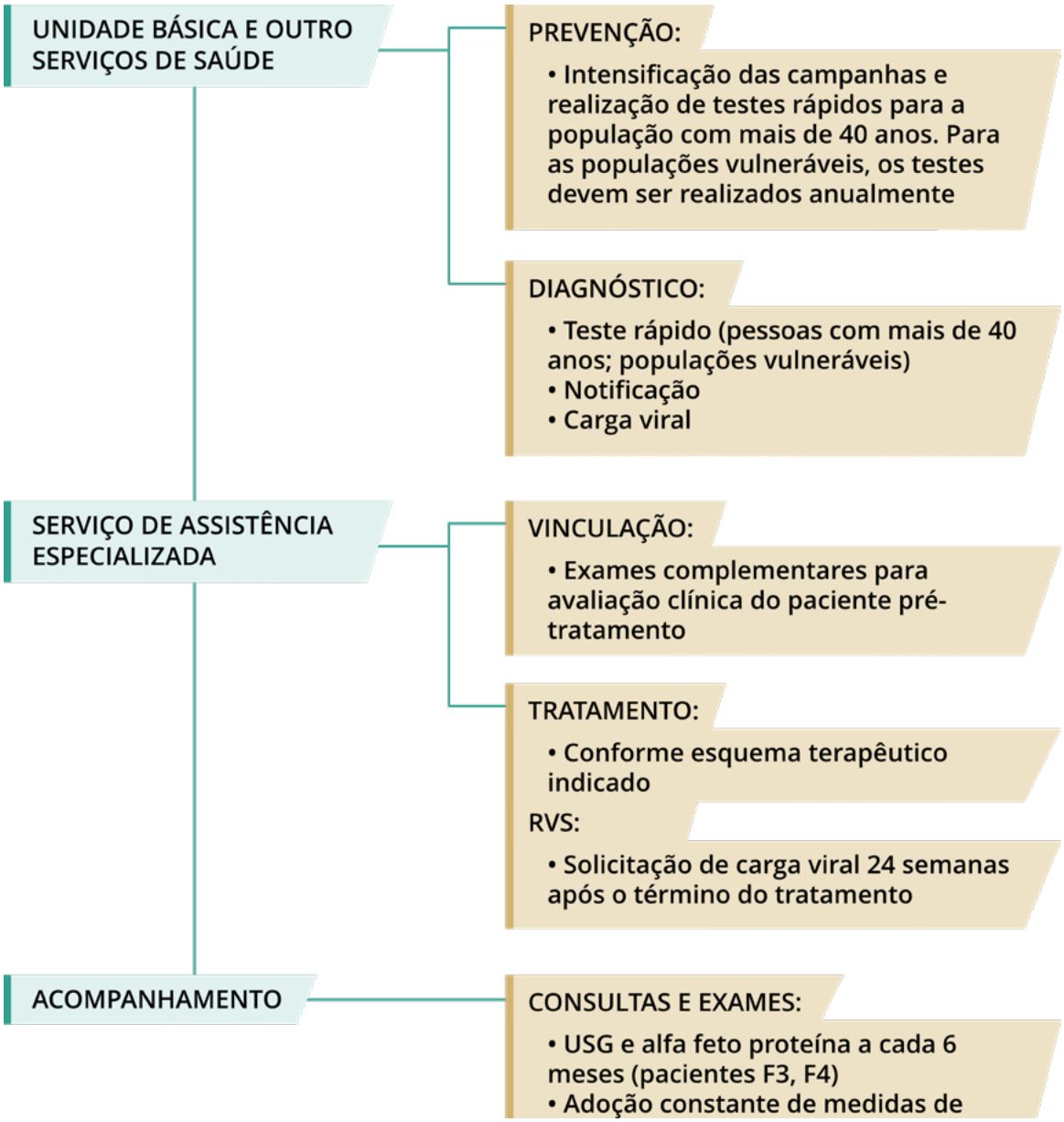
2 Para o ledipasvir/sofosbuvir, o tempo de tratamento poderá ser reduzido para 8 semanas apenas para pacientes virgens de tratamento ("naive", ou seja, pacientes nunca tratados anteriormente, com qualquer esquema terapêutico), com carga viral ≤6 milhões UI/mL, não afrodescendentes e/ou não coinfectados pelo HIV.

3 Pacientes com genótipos 1, 2, 4, 5 e 6 e com cirrose Child-B ou Child-C, sem contraindicação e tolerantes à ribavirina, poderão ter o tempo de tratamento diminuído para 12 semanas, desde que haja associação da ribavirina ao NS5A indicado.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções- PCDT Hepatite C (2019), Quadro 12, página 42.

Nesse contexto, mesmo não sendo a APS a responsável pela prescrição da medicação específica para o tratamento, é importante salientar o seu papel no manejo da Hepatite C. Confira abaixo o fluxograma de atribuições sugerido pelo Ministério da Saúde.

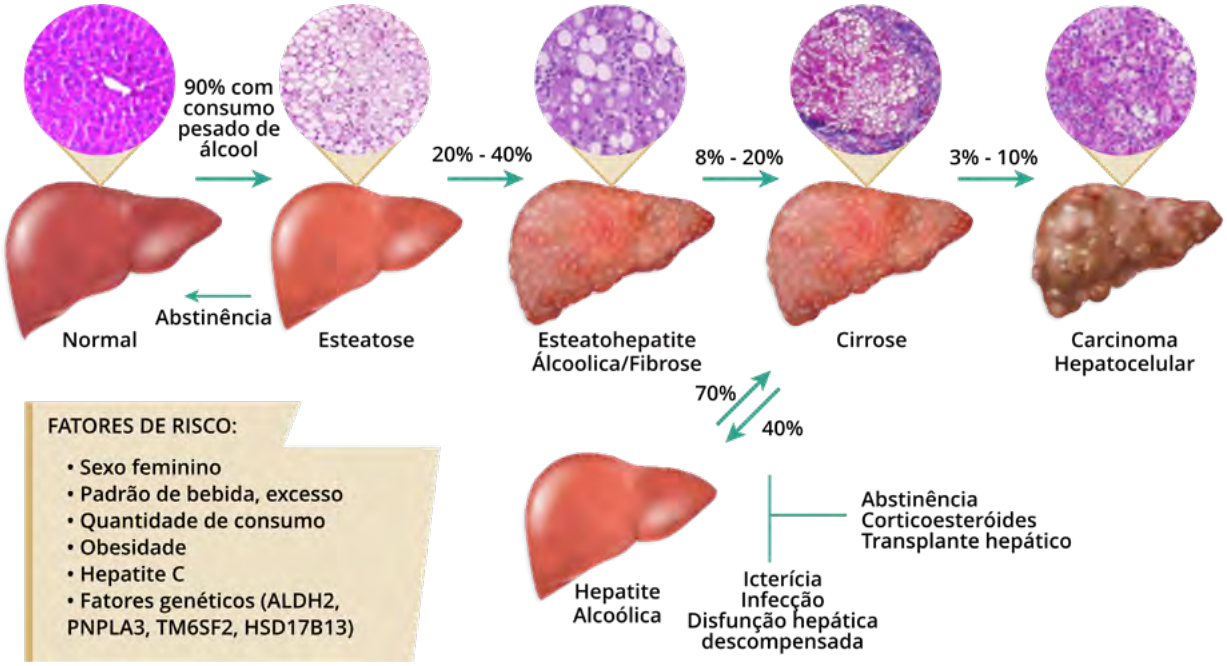
Figura 5: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções- PCDT Hepatite C.



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Tera pêuticas para Hepatite C e Coinfecções- PCDT Hepatite C (2019), Anexo B, página 66.

• **Hepatite Alcoólica:** estima-se que o consumo do álcool seja responsável por 3 milhões de óbitos por ano no mundo e que existem mais de 200 doenças relacionadas a esse hábito (OPAS, 2019). Entre essas doenças, temos a Hepatite alcoólica (OHASHI, 2018; OPAS, 2019). O espectro da sua manifestação clínica varia entre esteatose alcoólica a esteatohepatite, fibrose e cirrose (GUSSO, 2019; OHASHI, 2018; McCLAIN, 2019). A seguir, veja figuras dos diferentes graus de acometimento do fígado e suas respectivas evoluções para o quadro com piora clínica até o carcinoma hepatocelular.

Figura 6: A progressão da doença hepática alcoólica.



Fonte: OHASHI, 2018.

A progressão da Doença Hepática Alcoólica (DHA). O espectro de DHA varia de esteatose a fibrose, cirrose e, em seguida, carcinoma hepatocelular. Aproximadamente 90% dos alcoolistas pesados desenvolvem esteatose alcoólica. Essa fase é reversível quando o uso de álcool é interrompido. Fatores de risco, como sexo, padrão de consumo de álcool, obesidade, Hepatite viral e genética, podem contribuir para a progressão da DHA. Cerca de 20% a 40% dos pacientes com esteatose alcoólica irão progredir para esteatohepatite alcoólica, que é histologicamente caracterizada pela infiltração de células inflamatórias, especialmente neutrófilos, o aparecimento de corpos de Mallory-Denk, degeneração em balão e morte de hepatócitos no parênquima hepático. Alguns desses pacientes desenvolvem fibrose hepática e, subsequentemente, cirrose. A fibrose começa na região perivenular (zona 3) e se estende às áreas centrais ou portais vizinhas (fibrose em ponte). A superfície do fígado cirrótico é irregular. A cirrose pode progredir ainda mais para o hepatocarcinoma. A Hepatite alcoólica, uma condição aguda sobre crônica de ALD, se apresenta com sintomas clínicos, como icterícia, infecção e descompensação. A

Hepatite alcoólica pode ocorrer em qualquer estágio de DHA. Os tratamentos para Hepatite alcoólica incluem abstinência e uso de corticosteróides, mas nem sempre são eficazes. No entanto, o transplante de fígado pode ser uma terapia curativa. Tradução das siglas da Imagem: ALD:DHA doença hepática alcoólica; HCV, vírus da Hepatite C; AH:HA Hepatite alcoólica; ALDH2, aldeído desidrogenase 2; PNPLA3, proteína 3 contendo domínio de fosfolipase semelhante a patatina; TM6SF2, membro 2 da superfamília transmembranar 6; HSD17B13, hidroxisteróide 17-beta desidrogenase 13.

Ao analisar a figura anterior, perceba que a evolução da Hepatite alcoólica para a cirrose alcoólica não é considerada uma condição completamente irreversível; porém, atualmente, não está disponível nenhuma terapia anti fibrótica eficaz para o tratamento. As opções terapêuticas são limitadas e os quadros graves têm uma alta taxa de mortalidade, sendo que os corticosteróides melhoram a sobrevida em curto prazo, mas não afetam a sobrevida em longo prazo. O transplante hepático é uma opção de tratamento curativo para cirrose alcoólica, mas requer a abstinência no mínimo por 6 meses para se qualificar (OHASHI, 2018).

As manifestações clínicas são diversas e não há um exame laboratorial específico para identificar o álcool como causa de danos ao fígado (GUSSO, 2019). Entre os achados clínicos, estão as aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, encefalopatia (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, flapping), esplenomegalia. Na investigação com exames laboratoriais inespecíficos, temos a plaquetopenia, elevação no tempo de protrombina, hipoalbuminemia. No exame de imagem, a ultrassonografia pode mostrar o fígado com bordos rombos, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia (McCLAIN, 2019).

Destaque

A biópsia hepática é diagnóstica de lesão hepática, todavia a definição de alcoólica se faz pelo contexto de história de abuso. A biópsia não é absolutamente indicada em todos os casos (GUSSO, 2019).

Na prática profissional, no inquérito respeitoso sobre o uso de álcool, questionando o tipo de bebida consumida, a quantidade, a frequência e o tempo em que esse hábito ocorre, pode-se fazer uso de instrumentos como o CAGE e o AUDIT para avaliar a dependência. A Hepatite alcoólica é causada por consumo abusivo crônico, estimado em cerca de 40-80g/dia em homens e 20-40g/dia em mulheres, por 10 a 12 anos quando não associado a outras doenças hepáticas (GUSSO, 2019).

A abstinência de álcool é a primeira linha de tratamento, com exames periódicos de enzimas hepáticas para monitorar danos contínuos ao fígado (GUSSO, 2019; McCLAIN, 2019).

Deve-se realizar, de preferência, um acompanhamento multiprofissional, enfatizando que o sucesso no tratamento passa necessariamente pela parada do uso de álcool. O médico de família e comunidade, por estar próximo a estes dependentes de álcool, é o profissional capaz de realizar intervenções psicoterápicas breves, que são muito eficazes (GUSSO, 2019).

As complicações que podem ocorrer com a evolução da Hepatite alcoólica são hemorragia por varizes esofágicas ou gástricas, ascite, coagulopatia, encefalopatia hepática e câncer hepático (GUSSO, 2019). Os profissionais de saúde devem avaliar o encaminhamento para a emergência dos casos com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática com sinais de descompensação, tais como o achado de ascite com início ou piora recente, de encefalopatia hepática de início ou piora recente, de sangramento digestivo (hematêmese, melena, hematoquezia). Além disso, cabe à equipe avaliar as condições clínicas do paciente regularmente, indicando a necessidade de encaminhamento ambulatorial para gastroenterologia, quando houver (OLIVEIRA EB, 2017):

- suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática;
- elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na APS de aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior da normalidade) e/ou o fosfatase alcalina (≥ 1,5 vezes o limite superior da normalidade) por provável etiologia hepática;
- nos casos em que as aminotransferases persistem elevadas por 6 meses em proporções menores (< 2 vezes o limite superior de normalidade) e/ou fosfatase alcalina (< 1,5 vezes o limite superior de normalidade).

REFLEXÃO

Com frequência, ao atender os usuários na APS, nos deparamos com exames laboratoriais hepáticos alterados sem uma correlação clínica evidente sobre a razão dessa alteração. Algumas vezes, esses usuários tiveram esses pedidos na rotina de avaliação no trabalho, outras foram pelos famosos “check-ups” ou, ainda, para investigar casos clínicos sem sintomas bem definidos. Independente da razão da solicitação, o conhecimento para a interpretação correta desses exames é fundamental. Essa aprendizagem favorece para que se repense o processo de trabalho. Quais exames periódicos devem ser solicitados em pacientes assintomáticos?

SAIBA MAIS »

Para aprofundar seu estudo sobre este tema, leia:

Capítulo 84 - Icterícia, Alteração de Transaminases e Outras Manifestações de Problemas Hepáticos Comuns. Medicina Ambulatorial. 4. ed.: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Por Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R. J. Giugliani, Michael Schmidt Duncan, Camila Giugliani. 2014". Se possível, discuta com sua equipe na APS sobre o processo de trabalho e como poderiam aprimorá-lo, embasados na prevenção quaternária.

Clique aqui para ler.

2.2 CONSTIPAÇÃO

A constipação intestinal é classificada como sintoma e não doença e caracteriza-se por evacuações dificultosas, infrequentes (menos de três vezes na semana), fezes endurecidas com esforço excessivo para defecar ou sensação de evacuação incompleta após a defecação. Muitas vezes está acompanhada de desconforto e distensão abdominal. Pode ser de origem primária, mas pode também ser secundária; para avaliar deve-se relacionar à existência de diversas doenças digestivas, distúrbios funcionais evacuatórios e a fatores condicionantes ambientais: a idade, o sexo e os hábitos pessoais (BHARUCHA, 2019).

Entre as causas, existem as relacionadas a distúrbios intestinais como a presença de lesões estruturais do intestino e da região anorretal, efeitos adversos de medicamentos para dor (como os opioides), descompensação de doenças metabólicas e sistêmicas, alimentação pobre em fibras e baixa ingestão de água e fatores psicológicos. Se o início do quadro clínico da constipação ocorre na população jovem, início insidioso e não comprometendo o estado geral ou nutricional do paciente, a principal hipótese é uma constipação funcional ou primária; nessa não há alterações anatômicas associadas. Entretanto, ressalta-se que esse quadro se associa a uma possível perda de qualidade de vida, não devendo ser ignorada (OLIVEIRA, 2019).

A constipação requer como primeira etapa, especialmente na APS, uma orientação minuciosa de mudança dos hábitos alimentares, entre esses devemos aconselhar a ingestão de 2 litros de líquido ao dia, preferencialmente água, podendo ser ainda sucos e chás. A ingestão de fibras deve ser idealmente entre 19 e 38g por dia, variando conforme sexo e faixa etária. Aumente o consumo de vegetais folhosos, frutas como mamão, manga, abacaxi e abacate. Deve-se indicar a opção por alimentos ricos em fibras: ameixa, maçã com casca, melancia, cajá, umbu, acerola, cacau, aveia, farelo de trigo, milho, laranja com bagaço, feijão, lentilha, soja, grão-de-bico, semente de linhaça, abóbora, abobrinha, verduras cruas, arroz integral, pão integral, vagem, pepino, figo, folhas (alface, agrião, rúcula). Comer com moderação alimentos constipantes: macarrão, pão branco, arroz branco, biscoitos refinados, bolachas, bem como batata, mandioca, tapioca, batata doce, mandioqui-

nha, cuscuz, além de alimentos industrializados em geral (ultraprocessados) (OLIVEIRA, 2019).

Alguns exemplos da quantidade de fibras contida em 100g de alguns alimentos de consumo usual: aveia em flocos 9,1g, feijão 8,4g, couve refogada 5,7g, milho 4,6g, laranja fruta 4g, laranja suco 0,4g, arroz integral 2,7g, banana 2g, mamão 1,8g (Tabela Brasileira de Composição de Alimentos, 2019).

Ainda, é relevante a orientação para que o paciente tente desenvolver bons hábitos para seu organismo e criar o hábito de evacuar após uma refeição promovendo um reflexo condicionado. A explicação é o reflexo gastrocólico, que causa vontade de evacuar mais frequentemente após a alimentação, sobretudo após o desjejum e almoço. Outra orientação é incentivar a prática de exercícios físicos regularmente, como abdominais e caminhadas. (BHARUCHA, 2019).

O uso abusivo de laxantes sem orientação médica pode. apresentar efeitos colaterais e prejudicar o funcionamento do intestino. O ideal a ser recomendado é a suplementação de fibras que pode ser feita com: aveia, farelo de trigo ou farinha de linhaça (2 a 4 colheres de sopa dissolvidos em água, suco ou iogurte) ou agentes formadores de bolo fecal como *psyllium* e metilcelulose (1 a 2 colheres de sopa ao dia). O seu uso inicia-se com uma dose única diária tomada com líquidos e/ ou refeições. A dose deve ser ajustada gradualmente após um período de 7 a 10 dias, devendo ser orientado que a resposta pode ocorrer após várias semanas. Os pacientes devem ser lembrados de que os suplementos de fibras podem aumentar os gases. Isso geralmente melhora com o tempo e pode ser reduzido com a troca para outro suplemento de fibra. (OLIVEIRA, 2019 e BHARUCHA, 2019).

Aos que não respondem às orientações acima, deve-se avaliar o uso de laxativos osmóticos (lactulose, leite de magnésia ou polietilenoglicol). Não há muitos estudos comparando o uso de laxantes osmóticos e laxantes estimulantes. Entretanto, ambos são considerados eficientes, seguros e relativamente baratos. A prescrição de laxantes osmóticos pode ser feita contemplando uma das alternativas (OLIVEIRA, 2019 e BHARUCHA, 2019):

- Leite de magnésia: 2 a 4 colheres de sopa, divididas em 1 a 3 vezes ao dia, em horários distantes das refeições principais;
- Lactulose: 15 a 30mL ao dia, pela manhã ou à noite;
- PEG (macrogol) – Muvinlax®ou PegLax®: 1 a 2 sachês ao dia.

Laxantes estimulantes, como bisacodil e picossulfato de sódio, induzem contrações colônicas propagadas, tendo efeitos antiabsortivos e secretores. O seu uso pode ser indicado como agentes de resgate quando o paciente não evacua a 2–3 dias ou mais regularmente, se necessário. Na forma de supositórios de bisacodil ou de glicerina, devem ser prescritos para a aplicação 30 minutos após o café da manhã, a fim de sincronizar seus efeitos com a resposta gastrocólica (BHARUCHA, 2019). Na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a cáscara sagrada é o único laxante disponível. Não há evidência científica de superioridade frente

aos demais medicamentos e o seu fabricante alerta para que o uso por mais de uma semana seja feito sob supervisão médica (DUNCAN, 2014).

Outro ponto importante a ser avaliado é se há constipação secundária pelo uso de medicações ou por condições clínicas associadas. Se existir, deve-se promover o manejo dessas condições a fim de melhorar a constipação. Podemos elencar com possíveis causas as patologias: hipotireoidismo, hipercalcemia, hiperparatireoidismo, diabetes, doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, ansiedade, distúrbios anorretais, câncer de cólon. Podem causar constipação as seguintes medicações: antiinflamatórios, opióides, anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, bloqueadores do canal de cálcio, clonidina, diuréticos, ferro (DUNCAN, 2014).

O diagnóstico é clínico; porém, caso o manejo inicial não seja responsivo ou exista suspeita de neoplasia, pode-se pedir alguns exames: colonoscopia; tempo de trânsito colônico; manometria anorretal; defecografia (OLIVEIRA, 2019).

O uso de opioides, entre outras situações, pode acarretar a impactação fecal. O seu manejo deve ser conhecido pelo profissional da APS a fim de avaliar precocemente caso haja suspeita de uso. O exame retal deve ser realizado, e caso haja fecaloma presente deve-se prescrever medidas por via baixa, como supositório ou enemas, tais como o enema glicerinado ou de sorbitol se fezes endurecidas. E se fezes macias, pode-se optar pelo supositório de glicerina ou de bisacodil. Caso as medidas farmacológicas acima sejam ineficazes, deve-se realizar a extração manual do fecaloma. Atenção: após o procedimento, deve-se reiniciar imediatamente o uso de laxativos por via oral para evitar nova impactação fecal. Além disso, a prescrição de supositório por via retal a cada 3 dias, caso o paciente não evacuar com terapia oral de laxativos (MARTINS, 2021).

Independentemente da etiologia, as modificações no estilo de vida, fibras e laxantes são o manejo de primeira escolha, podendo ser realizado na APS. Os pacientes que falham nessa terapia devem ser avaliados para a necessidade de encaminhamento para teste de função defecatória. Naqueles com sintomas refratários graves, o encaminhamento para o proctologista também deve ser considerado (SNELL, 2021).

2.3 DIARREIA

As doenças diarreicas constituem um grupo de doenças caracterizadas por uma síndrome, na qual ocorre a diminuição da consistência das fezes, aumento do número de evacuações (mínimo de 3 episódios em 24h), aumento da massa fecal, e em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria). Existem diferentes formas de classificá-las, uma delas é pelo tempo de duração, tendo-se as diarreias aguda, persistente e crônica (SELL, 2018)

As doenças diarreicas agudas são autolimitadas, com duração entre 2 e 14 dias. O quadro pode evoluir para desidratação leve a grave (SELL, 2018). Pode haver presença de sangue ou muco e ser acompanhada de dor abdominal, tenesmo, febre,

náusea e vômito, sintomas que sugerem patógenos bacterianos invasivos (SELL, 2018; CRUZ GOUVEIA, 2020). Quando tratadas incorretamente ou não tratadas, podem levar à desidratação grave e ao distúrbio hidroeletrolítico, podendo ocorrer óbito, principalmente quando associadas à desnutrição. Nos casos crônicos ou com episódios repetidos, podem acarretar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento pondero-estatural em crianças (BRASIL, 2019).

Nas diarreias agudas, a maioria dos casos é ocasionada por quadros infecciosos. Em geral, são quadros leves, com 3 a 7 evacuações por dia e perda de menos de 1 litro nas fezes. Epidemiologicamente, 75 a 90% dos casos de diarreia aguda são de origem viral (GUSSO, 2019). Em casos de comprometimento sistêmico grave, com desidratação importante, com sangue ou muco nas fezes, podemos pensar em alguns agentes etiológicos possíveis de desencadear outras complicações, como é o caso das Escherichia coli produtoras de toxina shiga, *Shiguella dysenteriae, Campylobacter, Aeromonas, Enterovírus* que são capazes de causar a Síndrome Hemolítico Urêmica (Guia de Vigilância em Saúde. Brasil, 2019). Um exemplo seria a cólera, em que, ao apresentar esse quadro, existe a possibilidade de ter mais de 20 evacuações diárias e perder 5 litros de fluido, com a possível evolução para choque circulatório e acidose metabólica.

O diagnóstico na maioria dos casos é essencialmente clínico, especialmente nos quadros de diarreia sem febre, sem sangue, pus ou muco nas fezes. Para o diagnóstico clínico, o primeiro passo é a realização da anamnese. Para isso, algumas informações são fundamentais: idade do paciente, duração da doença diarreica atual, características das fezes (consistência e presença de sangue ou muco), frequência e volume das evacuações, associação da diarreia e vômitos, dor abdominal, febre (duração), tenesmo (tentativa dolorosa de evacuar associadas a colites e cãibras) (SELL, 2018; GUSSO, 2019).

Ao fazer a anamnese, é fundamental excluir as causas não infecciosas de diarreia: uso recente de medicações (laxativos, antiácidos e antibióticos), ingestão de bebidas alcoólicas e excesso de bebidas lácteas. O inquérito da história epidemiológica e social do território onde o paciente está inserido também ajuda na condução do diagnóstico: o local onde o paciente reside e suas condições sanitárias, histórico de viagem recente a lugares endêmicos ou não endêmicos. Além disso, é importante saber se o paciente é portador de doenças crônicas que possam estar relacionadas com o quadro ou interferir no manejo da diarreia (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças cardíacas, doenças hepáticas, doenças pulmonares crônicas, insuficiência renal, alergia ou intolerância alimentar, ser portador de HIV/aids, ser intolerante a algum alimento).

O passo seguinte é a realização de exame físico cuidadoso, identificando-se os sinais e sintomas da desidratação, como hipotensão postural, mucosas secas e avaliação da pele (SELL,2018).

Para o tratamento, a avaliação do estado de hidratação do paciente é o que orienta o manejo, além da investigação de sintomas como muco e sangue. Veja os 3 graus

da hidratação (A, B, C) e seus respectivos 3 planos de tratamento (A, B, C) preconizados nos materiais a seguir:

Figura 7: Manejo do paciente com diarreia.

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

ETAPAS	A	B	C
OBSERVE			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
EXPLORE			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
DECIDA			
	SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: **COM DESIDRATAÇÃO**	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um dos destacados com asterisco (*): **DESIDRATAÇÃO GRAVE**
TRATE			
	USE O PLANO A	USE O PLANO B (pese o paciente)	USE O PLANO C (pese o paciente)

PLANO A
PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

1) OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:
   - O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
   - Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.

2) MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:
   - Continuar o aleitamento materno.
   - Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos.

3) SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE:

SINAIS DE PERIGO

- **Piora na diarreia**
- **Vômitos repetidos**
- **Muita sede**
- **Recusa de alimentos**
- **Sangue nas fezes**
- **Diminuição da diurese**

4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:

- Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
- Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

IDADE	Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100ml
De 1 a 10 anos	100-200ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

PLANO B

PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE

1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:

- A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.

2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE"

- Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
- Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.

3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem

adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE.

OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA

PLANO C

PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR

O PLANO C CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS:

A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO

FASE RÁPIDA – MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	**VOLUME**	**TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO**
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
	Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10ml/kg de peso.	

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE

FASE RÁPIDA – MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	**VOLUME TOTAL**	**TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO**
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato **ou** Solução Polieletrolítica	70ml/kg	2 horas e 30 minutos

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
SOLUÇÃO	**VOLUME EM 24 HORAS**	
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção) +	Peso até 10kg	100ml/kg
	Peso de 10 a 20kg	1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	1500ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição) +	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
KCl a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.	

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO

- Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa.
- Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.
- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.
- Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas.

OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL

IDENTIFICAR DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA

1- PERGUNTAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES

Em caso positivo e com comprometimento do estado geral:
- Reidratar o paciente de acordo com os planos A, B ou C.
- Iniciar antibioticoterapia.

Tratamento de crianças:
- **Ciprofloxacino:** 15 mg/kg a cada 12 horas, via oral, por 3 dias.
- **Ceftriaxona:** 50 a 100mg/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias, como alternativa.
- Orientar o acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio
- Reavaliar o paciente após dois dias.
- Se mantiver presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento, encaminhar para internação hospitalar.

Observação: crianças com quadro de desnutrição devem ter o primeiro atendimento em qualquer Unidade de Saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.

Tratamento de adultos:
- **Ciprofloxacino:** 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias.
- Orientar o paciente ou acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Reavaliar o paciente após 2 dias.
- Se mantiver presença de sangue nas fezes ou melena após 48 horas do início do tratamento:
  - Se o paciente estiver com condições gerais boas, iniciar **Ceftriaxona 2g**, via intramuscular, 1 vez ao dia, por 2 a 5 dias.
  - Se estiver com condições gerais comprometidas, encaminhar para internação hospitalar.

2- PERGUNTAR QUANDO INICIOU A DIARREIA

Se tiver mais de 14 dias de evolução:

a) Encaminhar o paciente para a unidade hospitalar se:
- menor que seis meses.
- apresentar sinais de desidratação. Neste caso, reidrate-o primeiro e em seguida encaminhe-o a unidade hospitalar.

Quando não houver condições de encaminhar para a unidade hospitalar, orientar o responsável/acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual no domicílio.

b) Se o paciente não estiver com sinais de desidratação e nem for menor de seis meses, encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

3- OBSERVAR SE TEM DESNUTRIÇÃO GRAVE

Se a criança estiver com desnutrição grave (utilizar para diagnóstico a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde):
- Em caso de desidratação, iniciar a reidratação e encaminhar o

paciente para o serviço de saúde.

- Entregar ao paciente ou responsável envelopes de SRO em quantidade suficiente e recomendar que continue a hidratação até que chegue ao serviço de saúde.

4- VERIFICAR A TEMPERATURA

Se o paciente estiver, além da diarreia, com a temperatura de 39ºC ou mais: investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária

USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA

- **Antibióticos:** devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em casos de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes e não devem ser prescritos.
- **Antiparasitários:** devem ser usados somente para:
  - Amebíase, quando o tratamento de disenteria por *Shigella sp* fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias.
  - Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.
- **Zinco:** deve ser administrado, uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias:
  - Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
  - Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

ANTIDIARREICOS E ANTIEMÉTICOS NÃO DEVEM SER USADOS

DISQUE SAÚDE 136 Ouvidoria Geral do SUS www.saude.gov.br

MELHORAR SUA VIDA, NOSSO COMPROMISSO.

SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde - Brasil (2021).

Dica: Você pode imprimir este material e utilizá-lo como guia na sua prática profissional na APS.

Os quadros clínicos que indicam a solicitação de exames para definir a etiologia causal da diarreia são: a piora progressiva, evolução maior de 7 dias, ter mais de 6 evacuações por dia, febre alta acima de 38,5°C), dor abdominal profusa, diarreia aquosa profusa com desidratação, imunossupressão prévia, quadro iniciado no hospital após o terceiro dia de internação, presença de muco, pus ou sangue. Como proposto no quadro, os quadros de desidratação graves de diarreia aguda devem ser acompanhados em ambientes hospitalares e não na APS.

Quando necessário, o diagnóstico das causas etiológicas é feito por meio de exames parasitológicos, cultura de bactérias e pesquisa de vírus em amostras de fezes. A epidemiologia dos agentes etiológicos circulantes é imprescindível na vigência de surtos para orientar as medidas de prevenção e controle. Nesse caso, recomenda-se a pesquisa laboratorial para todos os possíveis agentes etiológicos. As fezes devem ser coletadas antes da administração de antibióticos (BRASIL, 2019). Outros exames são o EAF (Elementos Anormais das Fezes), recomendado para a procura de leucócitos, hemácias e muco, que ajudarão na indicação empírica de antibiótico. A coprocultura bacteriana convencional ainda é o padrão ouro para o diagnóstico etiológico da DA por enterobactérias, entre elas a infecção pela Shigella (CRUZ GOUVEIA, 2020).

Exames de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada podem ser indicados em caso de alterações no exame abdominal que sugerem peritonismo. Ou, ainda, especialmente em casos de suspeita de imunossupressão, solicitar o anti-HIV. Para as pessoas que vivem com aids, exames invasivos como colonoscopia podem ser solicitados para investigar casos duvidosos (SELL, 2018).

A diarreia aguda com sangue possui uma alta prevalência, principalmente em locais nos quais as condições ambientais são desfavoráveis e água potável e saneamento básico ainda não estão amplamente disponíveis. Nos casos em que a transmissão se faz principalmente de pessoa a pessoa, as medidas de higiene alimentar e pessoal, como a lavagem das mãos, têm grande importância ao quebrar o ciclo de contaminação fecal-oral. Além disso, melhorar as condições ambientais é uma etapa fundamental para reduzir a sua incidência (Cruz Gouveia, 2020).

A diarreia crônica com duração igual ou maior do que 4 semanas possui diversas causas, tendo sua conduta conforme sua etiologia (BURGUERS, 2020). Apresenta como principais causas: as doenças inflamatórias do intestino, os cânceres intestinais, as alterações da imunidade como a aids e alergias alimentares. Nos casos que se prolonguem por mais de 15 dias, considera-se a indicação de exames complementares à anamnese e ao exame físico, tais como a pesquisa de sangue oculto nas fezes, a coprocultura, entre outros exames complementares para diagnóstico de outras doenças que possam estar causando diarreia (GUSSO, 2019).

Uma das formas de classificar a diarréia é pelo mecanismo de ação (GUSSO, 2019; SELL, 2018; BURGUERS, 2020; AZIZ, 2020):

- Diarreia Osmótica – presença de grande concentração de moléculas solúveis em água que levam à retenção osmótica da água. Podemos suspeitar nos casos de

diarreia que se atenuam com o jejum e pioram com a alimentação. Exemplos são a intolerância à lactose por deficiência primária ou secundária à lactase e o efeito de laxativos à base de sulfato, magnésio e fosfato. Os quadros de intolerância à lactose podem cursar com dermatite perianal de repetição;

• Diarreia Secretória – aumento de substâncias que estimulam a secreção dos fluidos isotônicos da mucosa intestinal. Exemplos: a Síndrome Carcinoide, Carcinoma Medular de Tireoide e Síndrome do Cólera Pancreático (VIPoma);

• Diarreia Exsudativa – áreas inflamadas do intestino podem causar secreção de substâncias como soro, muco e pus, causando diarreia;

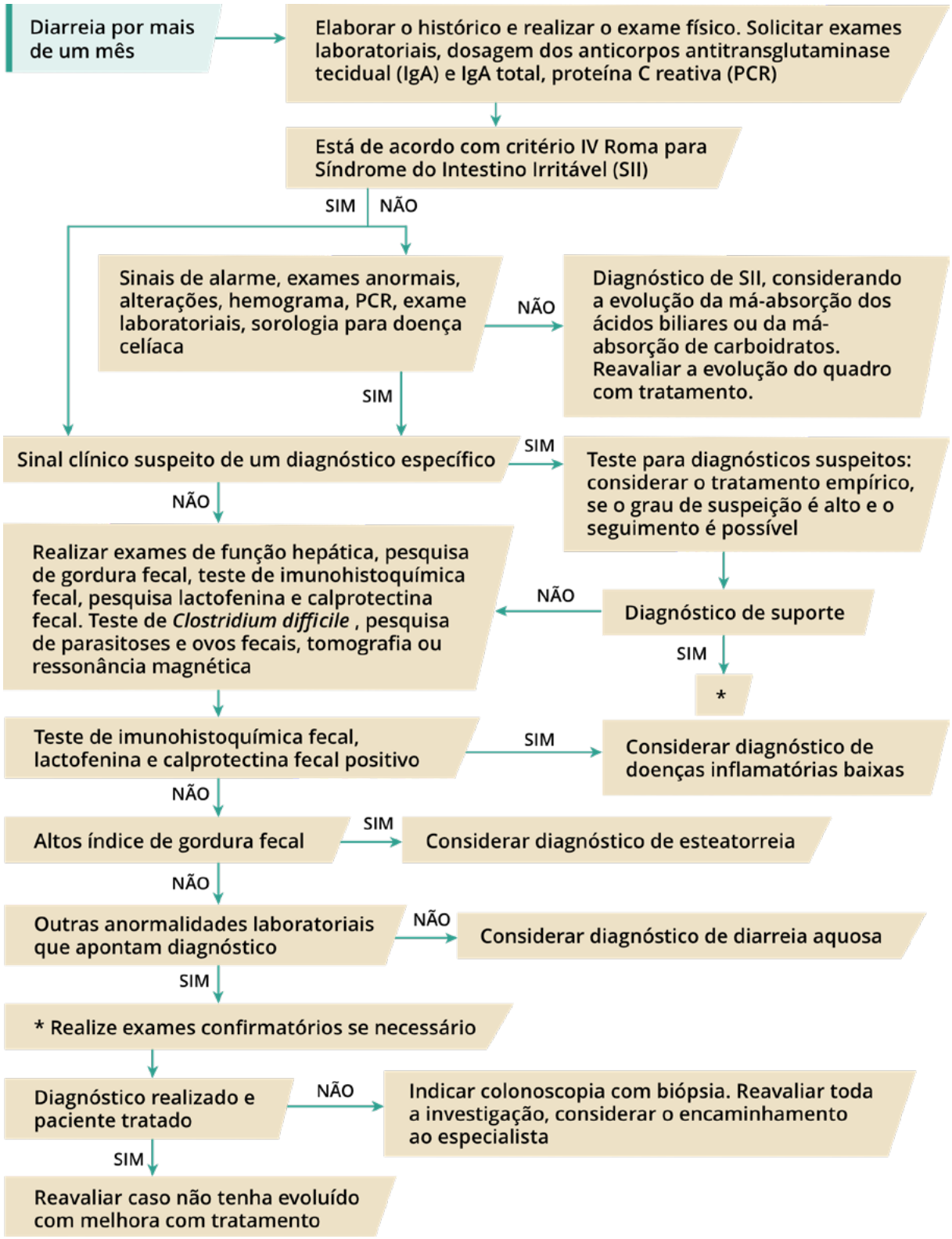
• Diarreia Motora – encontrada nos casos de ressecção intestinal ou fístulas enteroentéricas;

• Diarreia Disabsortiva (com esteatorreia) – decorrente de má absorção de carboidratos e ácidos graxos, por efeito osmótico ou secretório colônico. Um dos sintomas da esteatorreia é a presença de fezes oleosas de odor fétido. O efeito do Orlistat para tratamento da obesidade, infecções por giardia pode ser considerado um exemplo;

• Diarreia Funcional – caracterizada pelo amolecimento das fezes e aumento da frequência diária, sem aumentar consideravelmente o volume da massa fecal. Essas manifestações oscilam com constipação. Exemplos são a síndrome do intestino irritável que se manifesta com mais frequência durante o dia e a diarreia diabética que se manifesta principalmente à noite.

A seguir, veja a proposta de fluxo de investigação de diarreia crônica:

Figura 8: Investigação de diarréia crônica.



Fonte: BURGUERS (2020) K, LINDBERG B, BEVIS ZJ. *Chronic Diarrhea in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis. Am Fam Physician*. 2020;101(8):472-480.

Ao atender uma pessoa com quadro de diarreia crônica e que não tem um diagnóstico formado, como o efeito de medicamentos, necessita-se planejar uma avaliação com exames complementares. Os exames iniciais são disponibilizados no âmbito da APS, na q gico em 3 amostras com pesquisa de *Giardia* e *Ameba*, EAF, pesquisa quantitativa ou qualitativa de gordura fecal, pesquisa de eletrólitos e o pH fecal. Em casos de imunossupressão, como nas pessoas que vivem com aids, podemos utilizar a pesquisa de fungos como *Mycobacterium Avium*, *Microsporidia*, *Isospora belli* e *Cryptosporidium parvum* (BURGUERS, 2020).

Destaque

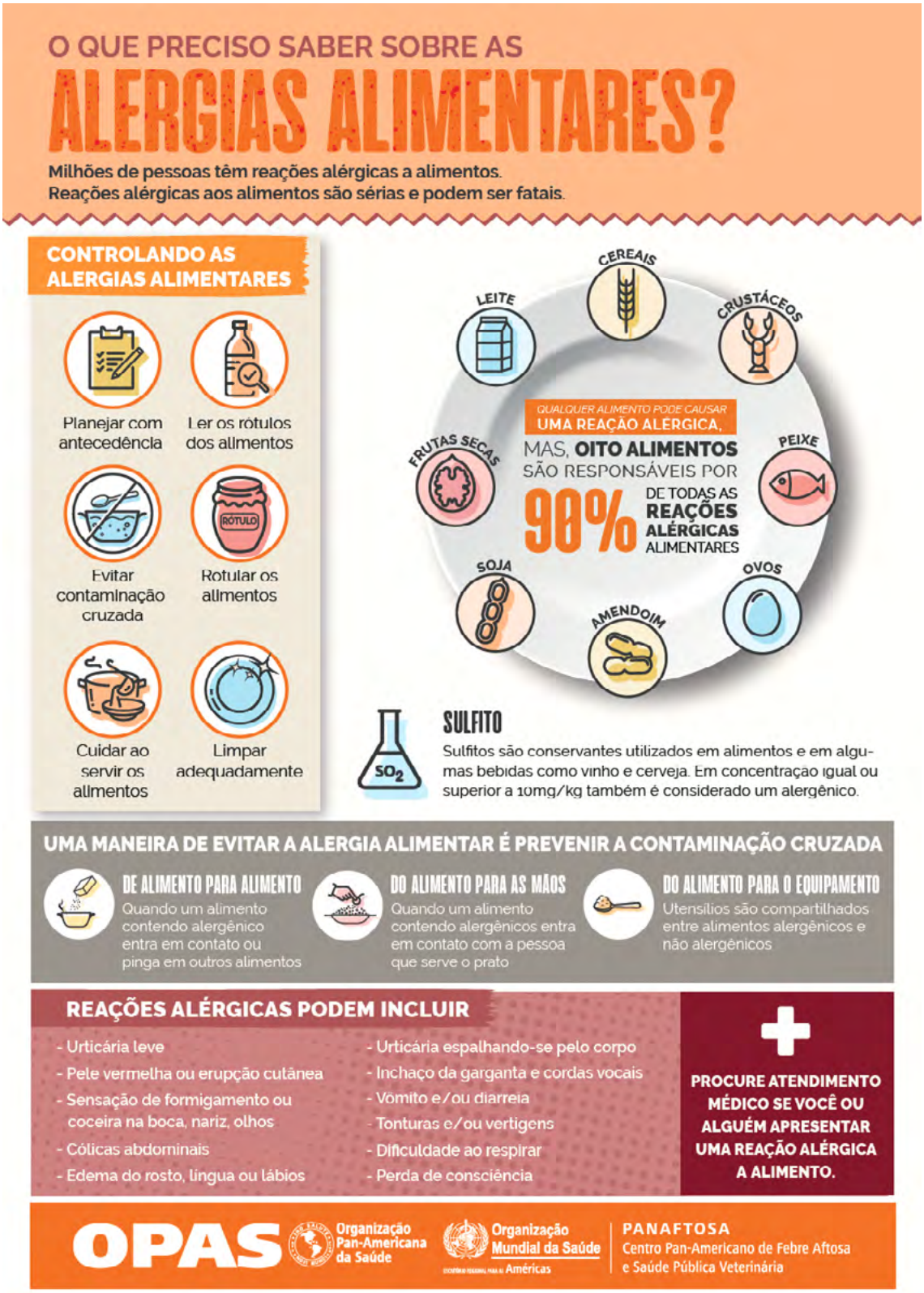
Além disso, se houver a suspeita de doenças inflamatórias ou neoplásicas intestinais, pode-se indicar uma colonoscopia ou uma retossigmoidoscopia. Entretanto, quando a suspeita for a doença celíaca, uma condição permanente autoimune, um dos exames indicados para investigação antes da biópsia duodeno-jejunal é a dosagem dos anticorpos antitransglutaminase tecidual IgA e IgG que tem sensibilidade >95% e especificidade >90%. A doença celíaca pode causar, além dos sintomas gastrintestinais, anemia por má absorção e dermatite herpetiforme. A retirada do glúten da dieta é tratamento e não para investigação (GUSSO, 2019).

Ainda, na doença celíaca, muitos alimentos são proibidos, entre esses: trigo, aveia, malte, centeio, bebidas que possuam malte e embutidos. Deve-se atentar quando o quadro se inicia em idade adulta, pois pode inexistir uma síndrome completa, apresentando os sintomas com graus variados de diarreia, perda de peso, flatulência e dispepsia. As manifestações clínicas extraintestinais incluem depressão, fadiga, amenorreia, baixa estatura, infertilidade e a dermatite herpetiforme. A dermatite herpetiforme não está presente em todos os pacientes com doença celíaca, mas quando presente indica a doença.

A síndrome do intestino irritável tem como diagnóstico a ocorrência de dor abdominal e a alternância da mudança do padrão de constipação e diarreia, bem como a exclusão de outras patologias, dentre elas a doença celíaca, doença inflamatória intestinal, câncer colorretal e, naqueles com sintomas predominantes de diarreia, infecções gastrointestinais crônicas, colite microscópica e diarreia ácida biliar primária (AZIZ, 2020).

Confira, na sequência, um folder para auxiliar na abordagem das alergias alimentares na prática na APS:

Figura 9: O que preciso saber sobre as alergias alimentares?



Fonte: OPAS, 2019.

SAIBA MAIS »

As parasitoses intestinais podem acometer crianças e até adultos. Um dos sintomas que pode estar relacionado a esse diagnóstico é a diarreia.

Ficou interessado em aprender mais sobre a abordagem desse tema? Para aprofundar seu estudo sobre o mesmo, leia:

Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2020.

Clique aqui para ler.

2.4 LESÕES ANORRETAIS

O sangramento anorretal configura-se como o sintoma proctológico mais comum na APS, sendo a hemorroida a principal patologia relacionada. Assim, quando avaliamos esse sintoma na APS, devemos avaliar cuidadosamente antes de descartar outras patologias, iniciando-se pela anamnese e exame físico (COHEE, 2020). Definem-se como hemorroidas: coxins vasculares normais do canal anal, cuja função é proteger os esfíncteres anais subjacentes e contribuir para a continência fecal. Em relação ao termo "doença hemorroidária", utiliza-se quando existem sintomas associados à sua presença, originando assim o diagnóstico clínico. A sua principal causa é o esforço evacuatório repetitivo. Outros fatores de risco associados são a constipação, o esforço evacuatório prolongado e a gestação (TeleCondutas Hemorroidas, 2018).

A trombose hemorroidária é uma complicação caracterizada pela presença de nódulo perianal bem delimitado, usualmente azulado e doloroso. Sua evolução natural consiste em dor abrupta no início, aumentada nos primeiros dois dias e regride a partir do quarto dia. Atenção: a pele sobre a hemorroida trombosada pode necrosar e ulcerar, causando sangramento ou saída de secreção. Nos casos em que não há drenagem espontânea, o trombo pode durar algumas semanas até involuir completamente. É possível haver casos assintomáticos, nos quais a alteração é percebida pelo próprio paciente ao toque no local.

Para realizar o diagnóstico é necessário fazer o exame clínico. Confira algumas dicas para a realização do exame físico:

- na inspeção, a manobra de Valsalva pode ser útil para verificar o prolapso de mamilos internos;
- ao realizar o toque retal, deve-se empregar a lidocaína gel ou lubrificante;
- o anuscópio, embora pouco disponível na APS, quando possível, auxilia para observar a presença de mamilos hemorroidários internos. A administração de laxativos pode dificultar a visualização dos mamilos hemorroidários; assim, normalmente não se utiliza nenhum preparo além do uso de lidocaína gel ou lubrificante. Caso exista conteúdo fecal no reto, deve-se retirá-lo com auxílio de gazes.

O tratamento das hemorroidas inicia-se com o esclarecimento que hemorroidas não viram câncer. Caso o paciente seja assintomático, a conduta é expectante. Caso o paciente apresente sintomas, iniciam-se medidas simples, como modificações do estilo de vida e de dieta. Como abordado previamente no conteúdo sobre constipação, o aumento da ingesta hídrica e do consumo de fibras por dieta ou medicação auxilia para a regularização do hábito intestinal. Assim, a abordagem consiste em manejar o fator desencadeante, a constipação.

Outras medidas que podem ser adotadas é a redução do tempo de esforço evacuatório. Uma dica para isso é orientar que o paciente evite distratores com celular ou jornais/revistas enquanto evacua. Além disso, evitar o uso do papel higiênico, dando preferência para o uso de água e sabão. Os banhos de assento, em que o ânus fica imerso em água morna, não apresentam evidência científica robusta da indicação de prescrição; contudo, trazem alívio dos sintomas, sendo usualmente orientados de 2 a 3 vezes ao dia. Ainda, orienta-se a perda de peso para pacientes obesos e a diminuição do consumo de álcool e gordura (COHEE, 2020).

O tratamento medicamentoso consiste em prescrever:

- Sintomáticos tópicos (anestésicos, anti-inflamatórios e adstringentes): apesar de não haver evidência robusta de sua indicação, esses são usados para alívio da dor associada local. Apresentação no modo de supositório (como Proctyl®) pode ser empregada quando existe pouca doença hemorroidária externa, visto que sua ação é dentro do canal anal. Evitam-se as formulações com corticoide, pois o uso indiscriminado pode acarretar outros problemas perianais;
- Agentes venoativos: tais como diosmina, hesperidina, flavonoides na sua farmacodinâmica melhoram o tônus venoso e, consequentemente, diminuem sintomas agudos e previnem sua recorrência. As evidências para o seu uso caracterizam-se por estudos pequenos com limitações metodológicas, sendo que o benefício é encontrado especialmente para sintomas de prurido e sangramento. Nos Estados Unidos, seu uso não é aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA). É prescrito diosmina 450mg + flavonoides hesperidina complexo 50mg 1 comprimido de 12/ 12 horas, de uso contínuo (Flavenos®, Perivasc®, Flavonid®, Daflon®, Diosmin®, Venaflon®, Venovaz®). Durante a crise, a dose pode ser aumentada para 1 comprimido de 6 em 6 horas. Encaminha-se para tratamento especializado para avaliação de ligadura elástica, escleroterapia ou hemorroidectomia quando os sintomas são refratários ao manejo conservador (COHEE, 2020 e TeleCondutas Hemorróidas, 2018).

Em relação ao manejo de quadros agudos de trombose hemorroidária, pode ser expectante, com a orientação de banhos de assento, analgesia com anti-inflamatórios e suplementação de fibras, conforme descrito anteriormente, a fim de manter o hábito intestinal regular. Ainda, para alívio da dor, podem ser prescritas medicações tópicas como policresuleno + cinchocaína pomada até resolução dos sintomas (TeleCondutas Hemorróidas, 2018).

A indicação cirúrgica do trombo ocorre nos casos de lesão grande e muito doloro-

sa, constituindo-se de uma incisão da pele sobre a lesão e a retirada completa do trombo sob anestesia local com ou sem vasoconstritor. Caso o médico se sinta confortável, é possível ser feito na unidade de saúde. Deve-se atentar para o caso de necrose: quando apresentada, o paciente deve ser encaminhado para urgência (COHEE, 2020).

Referente às fissuras, essas são consideradas crônicas quando persistem por mais de 8 semanas, e, quando múltiplas ou localizadas lateralmente à linha média, deve-se levantar a suspeita de doença de Crohn. Para isso, devemos pensar em solicitar colonoscopia (COHEE, 2020). As fissuras anais vêm no relato da consulta como episódio de dor e/ou sangramento após a defecação. A dor anal tem característica lancinante, com fator de gatilho à defecação, podendo se estender por várias horas. O medo de sentir a dor novamente costuma levar o paciente a retardar a evacuação, o que pode gerar o endurecimento das fezes (TeleCondutas Fissura, 2018). A inspeção revelará uma ruptura da mucosa anal da linha dentada até a borda anal; geralmente, é localizada na linha média posterior. Fissuras anais crônicas caracterizam-se pelos achados como papila anal hipertrofiada, a etiqueta sentinela, ou músculo esfíncter exposto, além da própria fissura. Se um exame retal interno for necessário, deve ser realizado sob sedação para evitar dor (COHEE, 2020).

Assim como na constipação e nas hemorróidas, o tratamento de fissuras anais agudas com dor e sangramento envolve a ingestão adequada de líquidos e fibras (DAVIES, 2017; COHEE, 2020; e GARDNER, 2020). A maioria das fissuras é primária e tem como causa principal o trauma local, como constipação, diarreia ou a prática do sexo anal e tendem a se resolver espontaneamente. É importante ressaltar que, embora a constipação seja muito comum, não é um fator obrigatório para a ocorrência de fissuras. É importante ter cuidado, pois o tenesmo não faz parte do quadro clínico clássico de fissura anal, sendo relacionado frequentemente a casos de proctite (TeleCondutas Fissura Anal, 2018). As fissuras agudas devem ser tratadas inicialmente com fibra suficiente e ingestão de líquidos para conseguir a passagem das fezes moles diárias sem esforço. Banhos de assento podem ajudar. Deve-se orientar o paciente a manter a área limpa e seca (DAVIES, 2017; COHEE, 2020). Porém, as fissuras secundárias expõem outro padrão de apresentação, sendo relacionadas com Doença de Crohn, neoplasias (neoplasia epidermoide do canal anal, leucemia), tuberculose ou infecções transmissíveis, tais como HIV, sífilis, clamídia (TeleCondutas Fissura Anal, 2018). Estas fissuras anais crônicas devem ser tratadas com nitratos tópicos ou bloqueadores dos canais de cálcio; caso não respondam ao manejo inicial, deve-se avaliar a possibilidade de cirurgia. O tratamento das fissuras envolve a restauração da função normal do intestino e do esfíncter anal (COHEE, 2020).

Diferente dos manejos das hemorroidas e das fissuras anais cujo tratamento é principalmente clínico, a presença de fístulas e abscessos perianais são prioritariamente cirúrgicos (GARDNER, 2019).

Pela teoria criptoglandular, a maioria dos abscessos e fístulas origina-se da obstrução do óstio críptico das glândulas anais, causando infecção por acúmulo de material séptico em seu interior (COHEE, 2020). Existem, em menor frequência, as fístulas secundárias às doenças, como Crohn, trauma, radiação, neoplasias ou várias doenças infecciosas (GARDNER, 2019).

Não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de ânus traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado. O exame da região anorretal se faz por inspeção, exame de toque, anuscopia e proctoscopia. Nesse contexto, o profissional da APS, ao examinar e verificar uma lesão anorretal, deve estar ciente para que haja a possibilidade de ser um tumor. É evidente que o diagnóstico precoce permite melhores desfechos em seu tratamento e deve ser buscado com a investigação de sinais e sintomas como: tumoração ou úlcera inexplicadas no ânus, hematoquezia e perda do controle do esfíncter anal. Geralmente, esses achados não são neoplasias, mas é importante que eles também sejam investigados (INCA, 2021).

Além do encaminhamento das lesões suspeitas, é importante estar ciente de que existem diferentes manejos conforme o estágio e a natureza da lesão a fim de orientar seu paciente. A neoplasia mais frequente no ânus é o carcinoma epidermoide e no reto é o adenocarcinoma, que, após a confirmação diagnóstica por biópsia, irá para avaliação do procedimento cirúrgico, e pode ser indicada radioterapia neoadjuvante, antes da cirurgia curativa. A radioterapia pode ser feita em altas doses por não comprometer o intestino delgado. Em relação ao procedimento cirúrgico, em lesões pequenas, menores de 4 cm e que ocupem menos de 40% do diâmetro do canal, pode ser considerada a excisão local transanal. Outras opções cirúrgicas são a anastomose colo-retal ou colo anal, a ressecção abdominoperineal com colostomia definitiva.

Fatores associados com a neoplasia do canal anal são a evolução de algumas infecções, como as causadas pelo HPV, entre outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), como condilomatose, gonorreia, herpes genital e clamídia. Ainda, se relaciona à prática do sexo anal, ao tabagismo, à fístula anal crônica, à imunossupressão e a condições precárias de higiene e à irritação crônica do ânus (INCA, 2021).

2.5 FECHAMENTO DA UNIDADE

Caro aluno,

Com o término desta unidade, percebemos que as queixas do trato gastrointestinal inferior como diarreia, constipação e sangramento anorretais podem apresentar quadros clínicos variados. Enquanto profissionais da APS, devemos estar atentos a esses sintomas para os seus corretos diagnóstico e manejo. E, ainda, sobre as hepatopatias, a importância de diagnosticar não só pacientes com icterícia, mas também assintomáticos para o seu encaminhamento para exames e quando necessário para atendimentos especializados. Com esta unidade, além do tratamento assertivo, observamos que nossa conduta pode evitar a evolução para neoplasia, como por exemplo na infecção crônica para Hepatite C.

Espero que você incorpore na sua prática profissional a valorização da anamnese detalhada e um exame físico criterioso, pois esses elementos auxiliarão mais uma vez na elaboração das hipóteses diagnósticas das principais patologias do trato gastrointestinal inferior.

Encerramento do módulo

Ao longo deste Módulo, foram trabalhadas as principais causas de consulta sobre o aparelho digestivo na APS. Essas patologias, muitas vezes, não são a razão principal do acolhimento do usuário no serviço de saúde, porém devem ser valorizadas e manejadas conforme a Medicina Baseadas em Evidências, para evitar supermedicação ou o negligenciamento da doença.

Outro ponto importante trabalhado neste módulo foi a indicação de procedimentos de investigação, como colonoscopia e endoscopia digestiva alta, visto que, além do seu alto custo, não são exames isentos de riscos, devendo ser solicitados quando podem orientar na mudança da propedêutica do paciente.

Ao finalizar o estudo deste Módulo, você pôde compreender as minúcias das diferentes manifestações clínicas das principais patologias do trato gastrointestinal superior e seus respectivos manejos clínicos. E, ainda, pôde estudar as principais condutas para as patologias do trato gastrointestinal inferior, que frequentemente são negligenciadas no processo de trabalho dos serviços de saúde.

A educação médica continuada, voltada para os desafios clínicos da prática profissional, permite, além da atualização dos conteúdos abordados, a reflexão dos processos de trabalho perante os usuários e demais integrantes da equipe. Convido você, profissional estudante, a seguir o curso com o estudo dos próximos módulos e, sempre que possível, compartilhar os conhecimentos aqui aprendidos entre seus pares nas unidades de saúde.

Me despeço sugerindo que sigam estudando de modo permanente a fim de manter uma prática profissional centrada no paciente e baseada em evidências.

Biografia da conteudista

Ana Amélia Nascimento da Silva Bones

Doutora em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Mestra em Ensino na Saúde pela UFCSPA (2016). Especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC), Geriatria/Gerontologia, Ginecologia/Obstetrícia e Doenças Infectocontagiosas. Possui Graduação em Medicina pela UFCSPA (2003). Sua experiência em Educação a Distância envolve projetos na UNASUS/UFCSPA como: Autoria de Objetos de Aprendizagem, Preceptoria do Programa PROVAB, Cursos de Especialização de MFC e Comunidade e Preceptoria em MFC. Atualmente, é tutora no Escritório de Projetos do Hospital Moinhos de Vento (PROADI-SUS) e médica no Consultório na Rua em Porto Alegre-RS. Apresenta experiência como pesquisadora/teleconsultora no Projeto Telessauders-UFRGS e como médica de família há 15 anos. Tem experiência em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade para a Residência Médica, Multiprofissional e o Internato Médico de Graduação.

Clique aqui para acessar o currículo da conteudista na Plataforma Lattes.

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, Brasília DF, CEP: 70.904-130, Caixa Postal: 04311, CEP Caixa Postal: 70904-970.

Referências

UNIDADE 1:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde / *Demystifying questions about food and nutrition: supporting material for health professionals* Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2016. tab. Monografia em Português |LILACS |ID: lil-786880 Disponível em https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-786880. Acesso em 22 de mar. de 2021.

CHISTY A. (2021). *Update on Indigestion. The Medical clinics of North America*, 105(1), 19–30. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.08.012 Acesso em 12 de mar. de 2021.

COELHO LGV, *et al. IVth BRAZILIAN CONSENSUS CONFERENCE ON HELICOBACTER PYLORI INFECTION. Arq. Gastroenterol.*, São Paulo , v. 55, n. 2, p. 97-121, June 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032018000200097&lng=en&nrm=iso> Acesso em 10 apr. de 2021.

DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4. ed.: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 2014.

FORD AC, MAHADEVA S, CARBONE MF, LACY BE, & TALLEY NJ. (2020). *Functional dyspepsia. Lancet (London, England)*, 396(10263), 1689–1702. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30469-4 Acesso em 16 de mar. de 2021.

GUEVARA B, COGDILL AG. *Helicobacter pylori: A Review of Current Diagnostic and Management Strategies*. *Dig Dis Sci.* 2020;65(7):1917-1931. doi:10.1007/s10620-020-06193-7

GUSSO G, LOPES JMC, DIAS LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p

KAMADA T, SAROH K, ITOH T. et al. *Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease* 2020. *J Gastroenterol* 56, 303–322 (2021). https://doi.org/10.1007/s00535-021-01769-0

MARET-OUDA J, MARKAR SR, LAGERGREN J. *Gastroesophageal Reflux Disease: A Review.* JAMA. 2020;324(24):2536-2547. doi:10.1001/jama.2020.21360

MITTAL R, VAEZI MF. *Esophageal Motility Disorders and Gastroesophageal Reflux Disease.*

N Engl J Med. 2020 Nov 12;383(20):1961-1972. doi: 10.1056/NEJMra2000328. PMID: 33176086.

MOAYYEDI P, LACY BE, ANDREWS CN, ENNS RA, HOWDEN CW, VALKI N. ACG and CAG *Clinical Guideline: Management of Dyspepsia*. *Am J Gastroenterol* 2017;112:988-1013. PMID: 28631728.

SANTOS MLC, BRITO BB, SILVA FAF, SAMPAIO MM, MARQUES HS, OLIVEIRA SN, MAGALHÃES QDM, MELO FF. *Helicobacter pylori infection: Beyond gastric manifestations. World J Gastroenterol* 2020; 26(28): 4076-4093 https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v26/i28/4076.htm. Acesso em 15 de mar. de 2021.

OLIVEIRA JC. Pergunta da Semana: Quando se deve repetir endoscopia em pacientes com dispepsia? TelessaúdeRS, Porto Alegre, 27 de jul. de 2016. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/dispepsia/. Acesso em 17 de mar. de 2021.

Proton Pump Inhibitors. In: LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; April 15, 2019. Acesso em 17 de mar. de 2021.

STRAND DS, KIM D, PEURA DA. *25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. Gut Liver.* 2017, 11(1):27-37. doi:10.5009/gnl15502.

ZATERKA S, MARION SB, ROVEDA F, PEROTTIi MA, CHINZON D. *Historical Perspective of Gastroesophageal Reflux Disease Clinical Treatment. Arq Gastroenterol.* 2019 Aug 13;56(2):202-208. doi: 10.1590/S0004-2803.201900000-41. PMID: 31460587. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032019000200202&lng=en&nrm=iso&tlng=en Acesso em 20 de mar. de 2021.

UNIDADE 2:

AZIZ I, SIMRÉN M. *The overlap between irritable bowel syndrome and organic gastrointestinal diseases. Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6(2):139-148. doi:10.1016/S2468-1253(20)30212-0

BHARUCHA AE, WALD A. *Chronic Constipation. Mayo Clin Proc.* 2019;94(11):2340-2357. doi:10.1016/j.mayocp.2019.01.031.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais - 2020. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2020 Acesso em 29 de mai. de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/04162030-manual--diagnostico-das-hepatites-virais-ms-2015.pdf Acesso em 22 de mar. de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cartaz Manejo do Paciente com Diarreia. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf Acesso em 24 de mar. de 2022.

BURGERS K, LINDBERG B, BEVIS ZJ. *Chronic Diarrhea in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis. Am Fam Physician.* 2020;101(8):472-480.

Calendário de Vacinação de Pacientes Especiais 2020-2021. SBI. 2020. Disponível em https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf Acesso em 13 de abr. de 2021.

COHEE MW, HURFF A, GAZEWOOD JD. *Benign Anorectal Conditions: Evaluation and Management. Am Fam Physician.* 2020;101(1):24-33.

CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília; 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2017/Relatorio_PCDT_HepatiteCeCoinfeccoes_CP11_2017.pdf Acesso em 27 de mar. de 2021.

CONTIN BGM, *et al*. TeleCondutas Fissura Anal. 2018. UFRGS. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_fissura_anal.pdf Acesso em 21 de mar. de 2021.

CRUZ GOUVEIA MA, LINS MTC, SILVA GAP. *Acute diarrhea with blood: diagnosis and drug treatment. J Pediatr* (Rio J). 2020;96 Suppl 1:20-28. doi:10.1016/j.jped.2019.08.006

DAVIES D, BAILEY J. *Diagnosis and Management of Anorectal Disorders in the Primary Care Setting. Prim Care.* 2017;44(4):709-720. doi:10.1016/j.pop.2017.07.012.

DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C. Medicina Ambulatorial. 4. ed. : Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 2014.

GARDNER IH, SIDDHARTHAN RV, TSIKITIS VL. *Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas. Ann Gastroenterol.* 2020;33(1):9-18. doi:10.20524/aog.2019.0438

GUSSO G, LOPES JMC, DIAS LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

INCA. Ministério da Saúde. Tipos de cancer: Cancer Anal. Modificado em 04 de mar. de 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-anal Acesso em 29 de mar. de 2021.

MARTINS ACM, BARRETO RF. Pergunta da Semana: Como manejar os efeitos adversos induzidos pelo uso de opióides? TelessaúdeRS, Porto Alegre, 26 de jan. de 2021. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-manejar-os-efeitos-adversos-induzidos-pelo-uso-de-opioides/ Acesso em 02 de abr. de 2021.

MARTINS ACM, et al. TeleCondutas Hemorroidas. 2018. UFRGS. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hemorroidas.pdf Acesso em 22 de mar. de 2021.

McCLAIN C, MARSANO L. Hepatopatia alcoólica. BMJ Best Practice. 2019. Disponível em: https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1116 Acesso em 10 de abr. de 2021.

MINCIS M, MINCIS R, CALICHMAN S. Hepatites agudas pelos vírus A, B, C, D, e E. RBM rev. bras. med;65(11):351-361, nov. 2008.

PATEL AA, BUI A, PROHL E, et al. *Innovations in Hepatitis C Screening and Treatment. Hepatol Commun.* 2020;5(3):371-386. *Published 2020 Dec 7.* doi:10.1002/hep4.1646

OLIVEIRA JC, GRENDENE GM. Pergunta da Semana: Como manejar constipação intestinal em adultos na atenção primária à saúde? TelessaúdeRS, Porto Alegre, 23 de ago. de 2019. Disponível em: tps://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como--manejar-constipacao-intestinal-em-adultos-na-atencao-primaria-saude/ Acesso em 10 de mar. de 2021.

Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria. Núm 7, nov de 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22207d-GPA_-_Parasitoses_intestinais_-_diagnostico_e_tratamento.pdf. Acesso em 15 de abr. de 2021.

PUGH RNH, *et al*. *Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Brit. J. Surg.*, [S.l.], v. 60, n. 8, p. 646-649, 1973.

SELL J, DOLAN B. *Common Gastrointestinal Infections. Prim Care. 2018 Sep*;45(3):519-532. doi: 10.1016/j.pop.2018.05.008. Epub 2018 Jul 9. PMID: 30115338.

SNELL DB, FARUQUI S, BOSWORTH BP. *A Case-Based Approach to Constipation in Primary Care. Med Clin North Am.* 2021;105(1):55-73. doi:10.1016/j.mcna.2020.08.015

Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TBCA). Universidade de São Paulo (USP). *Food Research Center (FoRC*). Versão 7.1. São Paulo, 2020. Disponível em: http://www.fcf.usp.br/tbca Acesso em 13 de mar. de 2021.

OHASHI K, PIMENTA M, SEKI E. *Alcoholic liver disease: A current molecular and clinical perspective. Liver Res.* 2018;2(4):161-172. doi:10.1016/j.livres.2018.11.002

OLIVEIRA EB, et al. TeleCondutas Hepatite B. 2017. UFRGS. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Hepatite_B_20190213_ver003.pdf Acesso em 19 de mar. de 2021.

OPAS/OMS Brasil. Folha informativa - Álcool. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093 Acesso em 31 de mar. de 2021.

VIVALDINI SM, RIBEIRO RA, JÚNIOR GM, TONINIi KC, PEREIRA GFM, ARAÚJO WN. *A real-life study of the positive response to DAA-based therapies for hepatitis C in Brazil [published online ahead of print, 2021 Apr 6]. Braz J Infect Dis.* 2021;101573. doi:10.1016/j.bjid.2021.101573

DISQUE SAÚDE 136

Programa Médicos pelo Brasil

EIXO 4 | ATENÇÃO À SAÚDE

MÓDULO 15

Abordagem a problemas digestivos

REALIZAÇÃO

Ministério da Saúde

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

2022