

Medicina de Família e Comunidade e doenças gastroenterológicas.

Gastroenterological Diseases and Family and Community Medicine.

Bruno Brunelli*
Mariana Eri Sato**
Suzane Kioko Ono-Nita***
Flair José Carrilho****

Resumo

O médico de família e comunidade é figura central em um sistema de saúde que pretende seguir o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), definido na conferência de Alma Ata, em 1978. Fazem parte das suas competências: comprometimento com a pessoa e enfoque em prevenção e gestão de recursos. É sua função diagnosticar e tratar os quadros mais prevalentes tendo em vista essas competências até o momento em que uma maior complexidade tecnológica seja requerida. Uma vez que os sintomas relacionados ao trato digestivo representam queixas muito comuns na prática clínica diária, fazem parte do cotidiano do médico generalista. Uma busca na literatura foi conduzida nos bancos de dados Pub Med, Lilacs e Biblioteca Cochrane sobre estudos que relacionam Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Doenças Gastroenterológicas publicados nos últimos 30 anos em inglês, espanhol ou português. Livros de textos de MFC e Clínica Médica também foram consultados. O objetivo foi demonstrar o papel do médico de família e comunidade no diagnóstico e tratamento de doenças gastroenterológicas. Como resultado foi constatado que grande parte dos casos de dor epigástrica, queimação retroesternal, sangramento retal e diarreia podem ser plenamente resolvidos pelo médico de família e comunidade. O acompanhamento de doenças gastroenterológicas crônicas estabilizadas, como as hepatites virais, também podem ser de sua responsabilidade. Conclusão: a maior parte das queixas gastroenterológicas que chegam ao médico de família e comunidade não necessita de encaminhamento ao especialista, pode ser resolvida ao nível da APS. Assim, o sistema de saúde é “otimizado”: as consultas dos especialistas tornam-se mais rápidas, aumenta-se o valor preditivo positivo das provas diagnósticas e diminui-se a possibilidade de erro do nível secundário/terciário.

Abstract

Background: the Family Physician is a key figure in any health system that intends to follow the Primary Care Model defined at the Alma-Ata Conference in 1978. His actions are guided by commitment to the individual and focus on prevention and management of resources.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Gastroenteropatias; Atenção Primária à Saúde.

Key Words: Family Practice; Gastrointestinal Diseases; Primary Health Care.

*Acadêmico, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

**Médica de Família, Unidade Básica de Saúde do Jardim Boa Vista, São Paulo, Brasil.

***Professora, Departamento de Gastroenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

****Professor, Departamento de Gastroenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

His function is to diagnose and treat the most prevalent diseases until a more complex technology be required. The symptoms related to diseases of the digestive tract are very common complaints and as such part of the daily work of the general practitioner. Methods: A literature search for studies relating Family and Community Medicine (FCM) and gastroenterological diseases published over the last 30 years in English, Spanish or Portuguese was conducted in the bibliographic databases Pub Med, Lilacs, and Cochrane library. FCM and Internal Medicine Text-books were consulted as well. Results: great part of cases of epigastric pain, retrosternal burning, rectal bleeding and diarrhea could be completely resolved by the family and community physician. He is also qualified for looking after patients with stabilized chronic gastroenterological diseases such as viral hepatitis. Conclusions: The greater part of cases of gastroenterological complaints brought to the general practice consultation need not to be referred to a specialist and can be resolved at Primary Care level. As a consequence the health system is optimized, specialist consultations become less time-consuming; the positive predictive value of diagnostic proofs increases and there is less possibility of error in the secondary and tertiary levels.

1. Introdução

O Médico de Família e Comunidade (MFC) é, antes de tudo, um clínico. Enquanto especialista em Atenção Primária, é figura central em um sistema de saúde que pretende seguir o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), definido na conferência da Organização Mundial de Saúde de Alma Ata, em 1978.

Este modelo foi caracterizado como capaz de oferecer, como primeiro contato ao sistema de saúde, um cuidado coordenado, contínuo e longitudinal à população. Por essa razão, não há distinção entre gênero, idade ou órgão afetado.

Assim, se a APS se propõe a disponibilizar cuidado a todos em uma população, o médico de família deve estar apto a tratar das doenças e afecções mais prevalentes em uma dada comunidade.

Segundo Mac Whinney¹, a Medicina de Família e Comunidade possui os seguintes princípios:

a. Comprometimento com a pessoa, e não com um

conjunto de conhecimentos, grupo de doenças ou técnica especial. O Médico de Família está disponível para qualquer problema de saúde numa pessoa de qualquer sexo ou idade e seu compromisso não possui um prazo definido. Não termina com a cura, término do tratamento ou incurabilidade de uma doença. Em muitos casos, esse compromisso é firmado com a pessoa enquanto ente saudável.

b. Compreensão do contexto da doença. Muitas das doenças observadas na Medicina Familiar não podem ser compreendidas totalmente, a menos que sejam vistas no seu contexto pessoal, familiar e social.

c. Enfoque em prevenção e educação sanitária. Cada contato com o doente é uma oportunidade para educar.

d. Visão epidemiológica. O médico de família encara seus doentes como uma população em risco.

e. Gerência de recursos da comunidade para benefícios da população adstrita. O médico de família considera-se como parte de uma rede comunitária de centros de apoio e proteção de cuidados de saúde, estatais e não-estatais, informais ou formais.

f. Conhecimento profundo do ambiente habitacional em que os doentes vivem. Para serem eficazes os médicos de família devem ter uma presença visível na vizinhança.

g. Acompanhamento extra-ambulatorial. O médico de família vê os doentes no ambulatório, em suas casas e acompanha a evolução de seu caso, mesmo quando procuram outro serviço ou precisam ser internados no hospital.

h. Atribuição de importância aos aspectos subjetivos da Medicina. Para o médico de família a objetividade e o positivismo devem ser conciliados com uma sensibilidade aos sentimentos e uma percepção das relações.

i. Gestão de recursos. O generalista pode controlar, dentro de certos limites, o uso de exames complementares, de terapêuticas e os encaminhamentos aos especialistas. Em todas as partes do mundo os recursos são limitados. É, portanto, responsabilidade do médico de família gerir esses recursos para o máximo benefício de seus doentes.

“O generalista lida com três categorias de doentes: aqueles que ainda não foram classificados em nenhuma especialidade orientada para um órgão ou técnica; doentes

em quem, tendo sido catalogados desse modo, surgem novos sinais ou sintomas que poderão ou não estar relacionados com a categoria anterior; doentes com problemas simultâneos em mais do que um sistema de órgãos.”²

Tendo em vista as principais afecções gastroenterológicas, é função do médico de família tratar os quadros mais prevalentes – como, dentre outros, dispepsia, gastroenterocolites agudas e parasitoses –, até o momento em que uma maior complexidade tecnológica seja requerida, e descobrir precocemente doenças que representem maior morbi-mortalidade.

2. O Médico de Família e Comunidade e sua relação com o gastroenterologista:

Enquanto o especialista torna-se conhecedor profundo de doenças específicas e das variantes mais raras, o médico de família e comunidade especializa-se nas doenças que são encontradas mais comumente e “otimiza” todo o funcionamento do sistema de saúde: torna as consultas dos especialistas mais rápidas, aumenta o valor preditivo positivo de suas provas diagnósticas e diminui a possibilidade de errar do nível secundário/terciário, melhorando o atendimento global ao paciente.

Tomando como exemplo a dor abdominal, é possível entender a influência que médicos de família e comunidade exercem sobre a demanda comum a gastroenterologia. Em estudo realizado por Forés *et al*³, 3,2% das consultas de um médico de família espanhol foram por dor abdominal. Cerca de metade desse montante era relativamente benigna e resolveu-se por si mesma. Dessas queixas de dor, apenas 0,7% estava relacionado à apendicite, 0,8%, à CA de aparelho gastrointestinal, 0,3%, à CA de aparelho feminino e 0,2%, à CA de aparelho respiratório.

A análise do processo de atenção, ao cabo de um ano, demonstrou que, de 150 pacientes atendidos em um serviço de APS, 89% não precisaram ser encaminhados ao nível secundário, sendo tratados pelo próprio médico generalista, e apenas 11% demonstraram necessidade do cuidado especializado.

Dos 11% encaminhados, 41% não precisavam realmente de um centro secundário. Foram mal encaminhados. Porém, daqueles que ficaram sendo tratados apenas pelo médico generalista, nenhum desenvolveu posteriormente quadro que exigia tecnologia mais complexa, ou seja, não precisaram de encaminhamento posterior. Em outras palavras, não houve nenhum falso negativo: os médicos de família não cometeram nenhum erro por omissão.

Apesar de haver um número elevado de falsos positivos, os médicos de família transformaram uma necessidade de cuidados especiais de 7% na comunidade em uma necessidade de 59% no grupo em que foi encaminhado. Isso evitou uma ampla proporção de visitas desnecessárias ao gastroenterologista.

Houve um aumento em mais de oito vezes na prevalência de necessidade de cuidados especializados na amostra que foi encaminhada, aumento este que foi acompanhado pelo valor preditivo positivo.

Em um país como o nosso, onde a escassez de recursos para saúde da população é uma realidade, sua administração deve acontecer da melhor forma possível.

Não há provas diagnósticas perfeitas. História clínica, exame físico, exames laboratoriais e de imagem contribuem para diminuir a dúvida, mas não a eliminam radicalmente. Um resultado positivo não assegura que o paciente realmente possuía a enfermidade, nem um resultado negativo a exclui. A probabilidade de uma enfermidade depois da prova se valoriza com os valores preditivos negativos e positivos.

Se uma dada prova diagnóstica possui sensibilidade de 95% e especificidade de 90%, e a prevalência de uma amostra pula de 7% para 59%, temos um aumento no valor preditivo positivo de 41% para 93%.

Com um aumento dessa magnitude no valor preditivo positivo, facilita-se o trabalho do gastroenterologista, melhora-se o seu rendimento e sua estratégia diagnóstica fica muito mais adequada.

É crucial, então, que o MFC tenha a função de filtrar os pacientes que chegam à atenção especializada. Este trabalho, portanto, tem o objetivo de evidenciar até que

ponto o paciente com queixas gastroenterológicas é responsabilidade apenas do MFC e quando é necessário seu encaminhamento ao especialista.

“O médico de família deve proteger seus pacientes dos especialistas inapropriados e os especialistas dos pacientes inapropriados”⁴.

3. Afecções gastroenterológicas mais prevalentes em APS e seu manejo pelo médico de família e comunidade:

Os sintomas relacionados ao trato digestivo representam uma das queixas mais comuns na prática clínica diária. Na Inglaterra, correspondem à cerca de 8% das consultas médicas em Atenção Primária e à 11% da demanda espontânea de novas consultas⁵.

Entretanto, apesar desta tamanha representatividade, a maior parte das queixas gastroenterológicas que chegam ao MFC não resultam em encaminhamentos ao especialista. Em estudo realizado por Prieto *et al*⁶, apenas 8,6% de todos os encaminhamentos realizados por 13 médicos de família de Madri foram devido a queixas digestivas (3,7% para o gastroclínico e 4,9% para o gastrocirurgião). Tomando em consideração que a taxa geral de encaminhamentos da atenção primária neste estudo foi de 5,28%, este valor de 8,6% encontrado corresponde a, no máximo, 0,49% do total de consultas. Ou seja, de mil consultas, apenas cinco terminaram em encaminhamento para o gastroenterologista ou para o cirurgião gastroenterológico.

Não há estudos com este desenho no Brasil, entretanto basta ficar um dia acompanhando consultas em uma UBS para perceber que queixas de dispepsia, queimação retroesternal, diarreia e retorragia são muito comuns e, portanto, pertencem à esfera de atuação do médico de família e devem ser tratadas por ele, evitando-se os encaminhamentos.

3.1. Dor epigástrica ou retroesternal em queimação

As causas mais prevalentes de dor epigástrica e retroesternal em queimação são: dispepsia funcional e úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE),

respectivamente.

Em estudo feito em Pelotas (RS) com 3.934 indivíduos de 20 anos ou mais, entrevistados em seus domicílios, a prevalência de dispepsia foi de 44,4% e de dispepsia freqüente, 27,4%⁷.

A dispepsia é um desconforto localizado no abdome superior – persistente ou recorrente e relacionado ou não com a alimentação – e pode também ser referida como dor abdominal vaga, má digestão, azia, enjôo, falta de apetite, estufamento, eructações e “gastrite”. Este desconforto pode ter razão orgânica, uma úlcera na mucosa gastrintestinal, por exemplo, ou ser de razão funcional.

De acordo com o Consenso Internacional de Roma III⁸, os critérios mínimos para o diagnóstico de dispepsia funcional são:

- Presença de um ou mais dos seguintes sintomas: empachamento pós-prandial, plenitude precoce, dor ou queimação epigástrica há pelo menos três meses com o início dos sintomas há no mínimo seis meses.
- Ausência de evidências de doença estrutural que expliquem os sintomas.

Apesar de ser necessário o uso de exame de endoscopia digestiva alta (EDA) para avaliar a presença ou ausência de doença estrutural, em 40% a 50% dos pacientes o aspecto endoscópico é normal, sendo mais prudente e barato selecionar aqueles cujas evidências “falem” mais a favor de lesão⁹.

Segundo Stein *et al*⁹, são candidatos diretos a endoscopia aqueles que apresentam sinais de alarme (melena, vômitos persistentes, disfagia, hematótese, anemia, perda de peso involuntária maior que 5%) e/ou sejam maiores de 50 anos.

Se o paciente não apresentar sinais, mas possuir um histórico de úlcera, o procedimento endoscópico ainda não estará indicado, mas deve-se ser feito um teste para rastrear infecção por *Helicobacter pylori*.

Devido ao papel causal deste agente na patogênese da úlcera péptica, muito se fala na necessidade de investigar sua presença nesses pacientes, já que sua erradicação reduz a taxa de recorrência da doença péptica ulcerosa¹⁰.

Os testes não-invasivos básicos são o teste sorológico (IgG) ou o teste respiratório (teste da urease). O teste respiratório baseia-se na conversão, pela bactéria, da uréia marcada com carbono 13 ou 14 em CO₂ e Amônia. Um teste positivo é definido pela presença de carbono marcado no ar expirado.

Entretanto esse teste não deve ser usado para rastreamento. Seu valor preditivo positivo para doença péptica ulcerosa não é alto, visto a alta prevalência de infecção por *H. pylori* na população. Estudos brasileiros encontraram as seguintes prevalências de infecção: 59,5% no Rio de Janeiro (RJ), 76,3% em São Paulo (SP), 83% em Santa Maria (RS), 84,7% em Nossa Senhora do Livramento (MT), 85,18 em Botucatu (SP), 87% em Araçuaí (MG), 89,6% em Campinas (SP) e 96% em São Luís (MA)¹¹.

Por ser um teste muito caro e, quando feito em indivíduos já submetidos a tratamento com anti-secretores, apresentar muitos falso-negativos, muitos médicos da rede pública preferem não submeter seus pacientes a ele e decidem iniciar antibioticoterapia empírica para *H. pylori* conjugada com tratamento também empírico com inibidor de bomba de prótons logo que percebem sintoma muito sugestivo de ulceração: dor abdominal em queimação que se inicia uma a três horas após a refeição, podendo inclusive acordar o paciente à noite, mas que se alivia imediatamente após à ingestão de alimentos ou antiácidos.

A conduta para aqueles cujo teste para *H. pylori* deu positivo, para os que já foram confirmados pela EDA como portadores de úlcera gástrica ou duodenal com biópsia positiva para a bactéria e para esses com sinais sugestivos é a mesma:

Primeira Escolha:

- Inibidor de bomba de prótons em dose padrão 2x por dia, por 7 dias.
- Claritromicina 500 mg 2x por dia, por 7 dias.
- Amoxicilina 1g 2x por dia, por 7 dias.

Segunda Escolha:

- Inibidor de bomba de prótons em dose padrão 2x por dia, por 7 dias.
- Tetraciclina 250 mg 1x ao dia, por 7 dias.

- Metronidazol 500 mg 2x por dia, por 7 dias.
- Bismuto 2 tabletes 4x por dia, por 7 dias.

“Os sintomas sugestivos de ulceração, especialmente se associados a um teste não invasivo positivo para *H. pylori*, são suficientes para iniciar a antibioticoterapia. Essa conduta encontra respaldo em ensaios clínicos randomizados e análises de custo efetividade”⁸.

É muito importante que o tratamento dure todo o período demonstrado. Cerca de 90% das úlceras só cicatrizam após quatro a seis semanas de terapia, ainda que os sintomas já tenham desaparecido.

Em algumas regiões do Brasil, costuma-se tratar empíricamente com antibioticoterapia todo paciente com queixa dispéptica. Essa conduta não é indicada, já que a erradicação da bactéria não produz melhora sintomática em pacientes com dispepsia funcional¹² e o uso indiscriminado de antibióticos propicia o surgimento de cepas multi-resistentes.

Se não há sinais de ulceração evidentes ou a sorologia para *H. pylori* deu negativa, o médico generalista pode então iniciar o tratamento empírico com inibidores de bomba de prótons, de efeito mais consistente¹³ ou bloqueadores H₂, que, apesar de efeito de menor magnitude, apresentam custo menor. Atualmente o SUS disponibiliza para as Unidades Básicas de Saúde a ranitidina, na concentração de 150 mg.

É importante, além disso, que seja suspenso o uso de anti-inflamatórios não-hormonais (AINEs), seja proibido o uso de caféina, álcool e fumo (que exacerbam os sintomas) e evitem-se aqueles alimentos que causem desconforto.

A opção por bloqueadores H₂ exige maior número de doses e apresenta mais efeitos colaterais e interações com outros fármacos (propranolol, cumarínicos, benzodiazepínicos, fenitoína, teofilina e outros medicamentos metabolizados no fígado). Deve-se evitar o uso simultâneo com antiácidos que diminuam sua absorção.

Se o paciente possuir uma doença inflamatória sistêmica grave, a interrupção do uso de anti-inflamatórios pode não ser possível. Há dois caminhos: associar omeprazol ou escolher substituir os AINEs por inibidores seletivos

da COX-2, uma alternativa mais cara. A escolha dependerá da situação financeira do paciente.

Se os sintomas persistirem após quatro semanas, está indicada a endoscopia. Se, por outro lado, houver regressão dos sintomas, deve-se continuar o tratamento até o final da oitava semana e observar. Caso o paciente retorne em até 12 meses com recidiva dos sintomas, o exame endoscópico estará indicado novamente⁹.

Serão encaminhados ao especialista todos os indivíduos que apresentarem achados endoscópicos sugestivos de neoplasia e também os casos resistentes ao tratamento.

Muitas vezes, o sintoma predominante não é a dor epigástrica, mas uma sensação de queimação que se irradia do epigástrio até a base do pescoço chamada pirose. Este sintoma está presente em até 20% da população¹⁴ e é um excelente marcador da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Pode ocorrer de forma espontânea ou, mais comumente, ser observado após as refeições ou quando o paciente acaba de se deitar. Geralmente, é acompanhado por regurgitação ácida e melhora com a ingestão de água, leite ou antiácidos líquidos.

Esses sintomas típicos podem aparecer com outros menos prevalentes, como dor torácica retroesternal, tosse crônica ou rouquidão, entretanto não são bons marcadores para a DRGE. Dos pacientes com refluxo: 72,7% apresentam pirose; 36%, regurgitação; 20,9%, disfagia; 17,8%, dor torácica; 17,4%, rouquidão; 16,2%, tosse crônica e 7,5%, sibilância¹⁵.

Se presentes de forma isolada, esses sintomas atípicos devem ser investigados criteriosamente por meio de EDA e, se necessário, biópsia. A presença de disfagia, odinofagia, regurgitação, perda de peso, vômitos ou hematemese indica alguma complicação como esofagite erosiva, úlcera péptica, esôfago de Barret ou adenocarcinoma, sendo indicação imediata para endoscopia e, havendo confirmação de lesão neoplásica ou pré-neoplásica, encaminhamento ao especialista. Pacientes com queimação retroesternal recorrente também devem ser encaminhados.

A maioria dos pacientes com pirose, porém, não

necessita de investigação complementar. Se os sintomas são típicos e ocasionais, o manejo da DRGE baseia-se em medidas comportamentais (elevação da cabeceira da cama em 15cm; moderar a ingestão de alimentos gordurosos, cítricos, café, bebidas alcoólicas, bebidas gasosas, menta, hortelã, produtos à base de tomate, chocolate; cuidados especiais com medicamentos potencialmente “de risco”, como colinérgicos, teofilina, bloqueadores de canal de cálcio, alendronato; evitar deitar-se nas duas horas posteriores às refeições; evitar refeições copiosas; suspensão do fumo; redução do peso corporal em obesos) e teste terapêutico empírico.

Pacientes com menos de 40 anos de idade com frequência dos sintomas inferior a duas vezes por semana, sem manifestações de alarme, e tempo de história por período não superior a quatro semanas, podem receber, como conduta diagnóstica inicial, terapêutica com inibidores da bomba protônica em dose plena. A resposta satisfatória permite inferir o diagnóstico de DRGE.

Em particular, três fatores promovem a consideração do teste terapêutico:

- Como já dito, inibidores de bomba de prótons melhoram sintomas de pacientes com dispesia funcional já que muitos deles também apresentam componente de refluxo não-erosivo.
- Tratamento empírico com inibidores diagnóstica e efetivamente trata a maioria dos pacientes com DRGE.
- O teste terapêutico induz remissão dos sintomas e proporciona alívio para a maioria dos pacientes com úlcera péptica.

Pacientes em idade de risco para cânceres gástricos (> 40 anos) devem ser submetidos à endoscopia logo após a primeira consulta e encaminhados caso haja alguma alteração. Porém, esses indivíduos são a minoria dos que procuram os sistemas de saúde com queixa de refluxo⁹.

3.2. Sangramento Retal

Existem quatro maneiras de o sangramento retal se manifestar: sangue oculto, quando não há alterações visíveis no bolo fecal; melena, quando as fezes são negre-

cidas e mal-cheirosas; hematoquezia, se o sangue é vermelho vivo misturado às fezes, e hemorragia maciça.

Conseguir descrever as fezes é importantíssimo para definir a localização e intensidade do sangramento. Enquanto melena leva a pensar em uma afecção acima do ângulo de Treitz, hematoquezia indica lesão abaixo do ceco. Enquanto sangue oculto demonstra pouco sangramento, hemorragia maciça indica exatamente o contrário.

A queixa de sangue nas fezes tem na população inglesa uma incidência anual de 20%. Desse número só 4% consultam um médico generalista e apenas 14% desses são encaminhados ao especialista¹⁶.

Segundo Crosland¹⁶ a prevalência de CA de cólon e reto nesta população é de 0,1%, passando para 2% entre os que procuram o nível primário e para 36% entre os que são encaminhados ao gastro, quando então são submetidos à colonoscopia.

A hipótese diagnóstica do médico generalista deve, então, estar sempre mais voltada para os motivos mais comuns de sangramento retal.

A hematoquezia, queixa mais comum de quem posteriormente é diagnosticado tumor de trato digestivo baixo pode ser explicada por outras enfermidades mais prevalentes como diverticulose e malformações vasculares.

Quando com diverticulose sintomática, o paciente apresenta-se com dor abdominal, tipo cólica ou contínua, no quadrante inferior esquerdo, que piora com a alimentação e melhora ao evacuar. Geralmente o exame físico não é suficiente para fechar o diagnóstico, sendo necessária a solicitação de um enema opaco.

Dada a dificuldade em se conseguir esse exame ao nível primário de atenção do sistema, é mais prudente encaminhar os casos de suspeita de diverticulose ao hospital secundário mais próximo. Caso o paciente volte com o diagnóstico é preciso orientá-lo quanto a manter uma dieta rica em fibras e evitar o uso de laxativos, informando-o que terá alternância de períodos com e sem dor pelo resto da vida.

Já as malformações vasculares, apesar de comuns, quase nunca são primeira opção de diagnóstico. Isso por

que geralmente chega-se a uma constatação apenas quando exames de avaliação inicial, como sigmoidoscopia e enema baritado, não foram elucidativos. Logo seu diagnóstico não é responsabilidade do médico de família.

Por outro lado, as doenças anorretais, apesar de não serem, neste estudo, mais comuns que os cânceres, são de fácil diagnóstico e devem ser avaliadas antes de submeter o paciente a qualquer exame complementar.

Um estudo em pacientes de atenção primária identificou como causas mais comuns de sangramento retal as hemorróidas e fissuras, e seu diagnóstico reduz a necessidade de investigação maior no momento¹⁷. Mesmo assim, nenhum sangramento retal ou anemia devem ser definitivamente atribuídos a hemorróidas sem que as outras causas tenham sido devidamente investigadas.

O paciente deve, então, ser submetido à terapia conservadora e, se não houver resposta em uma a duas semanas, ser encaminhado ao proctologista. São encaminhados também aqueles com prolapso irreduzível e encarcerado e os casos de trombose aguda.

A maioria responde bem ao tratamento conservador que consiste em: tratar a constipação associada, se houver, estimulando o aumento do consumo de fibras; evitar o uso de pimenta; diminuir o uso de papel higiênico; não usar sabão alcalino; fazer banhos de assento em água morna 3x por dia, por 15 minutos; usar topicamente cremes de corticóides para aliviar os sintomas durante 7 a 10 dias no máximo, por causa das consequências do uso crônico de corticóides e por se tratar de área de dobras, de fácil desenvolvimento de fungos e bactérias; usar pomadas analgésicas se houver dor, que são preferíveis aos supositórios.

As fissuras anais também são de fácil manejo. A maioria delas pode ser identificada pela inspeção direta mediante retração lateral da região anal. Ao toque retal o tônus demonstra-se aumentado e há dor intensa na introdução do dedo.

O tratamento é simples quando o diagnóstico é feito em até três meses do início do quadro e consiste em corticóide e anestésico tópicos e orientação quanto a

aumentar a ingestão de fibras. Entretanto, é necessário considerar a presença de doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, herpes e HIV, além de não excluir a possibilidade de ser algo mais sério como um carcinoma ou uma doença inflamatória intestinal.

Em caso de fissura crônica, há mais tempo do que três meses, o tratamento inicial é nitroglicerina tópica 0,2% duas vezes ao dia, durante seis semanas. Cinquenta a setenta por cento é a taxa de cura, porém muitos pacientes precisam de intervenção cirúrgica.

Na anamnese do médico de família deve ser dada muita ênfase à idade, por motivos epidemiológicos. Pacientes maiores de 50 anos possuem maior risco de câncer colorretal e diverticulose e devem ser encaminhados para serem submetidos a exames complementares imediatamente, embora, segundo estudo realizado por Jones¹⁹ *et al*, o achado de retorragia em pacientes maiores de 55 anos apresentar um valor preditivo positivo para câncer colorretal de apenas 4,26% e uma sensibilidade de apenas 33% em mulheres e 25,1% em homens.

A história familiar é também um dado importante e de fácil obtenção, e pode contribuir no raciocínio diagnóstico principalmente se houver casos de familiares diretos com história de neoplasias.

O bom senso aqui deve ser prevalecer. A maioria dos centros de referência em São Paulo, por exemplo, demora de três a seis meses para realizar uma colonoscopia, o que torna mais prudente tratar os maiores de 50 anos, da mesma forma como os mais jovens e apenas encaminhá-los quando estes também seriam encaminhados.

Para os maiores de 40 anos assintomáticos, o Canadian Task Force²⁰ indica o exame de sangue oculto nas fezes a cada dois anos como *screening*. O mesmo se dá para pacientes com um parente próximo portador de CA de cólon, sendo a colonoscopia indicada para os que apresentarem teste positivo.

A presença de melena obriga uma investigação rápida, sendo indispensável o encaminhamento do paciente para um serviço de urgência.

3.3 Diarréia

Pertence ao médico de família o cuidado das diarreias agudas, com tempo de sintomas inferior a quatro semanas. Até 90% das diarreias agudas não necessitam de exames complementares, sendo quadros virais ou alimentares limitados. Cuidado com a hidratação será a principal preocupação, principalmente em crianças.

Estudos de coorte demonstram dois a três episódios de diarreia por criança por ano em regiões desenvolvidas e de até dez ou mais em regiões pobres^{21,22,23}. Apesar das notáveis melhoras em relação a esse assunto no panorama brasileiro, as disparidades entre regiões ainda continuam. Entre 1995 e 1997, 9,3 crianças por mil morreram no nordeste, contra 1,1 na região sul. Uma taxa 8,5 vezes maior²¹.

Cerca de 20% foram devido a *E. coli* enterotoxigênica, 20% a rotavírus, 15 - 20% a *campylobacter*, 5 - 10% a *Shigella-Salmonella*, e não mais do que 5 - 10% ocorrem por infecção por protozoários como a Giárdia ou Ameba²⁴.

As etiologias da diarreia são inúmeras e, na maioria das vezes, não compensa a investigação. Todas as diferentes síndromes diarreicas têm sua origem no ciclo oral fecal, no ambiente precário, no saneamento inadequado e no abastecimento de água não-tratada. Logo, procurar uma solução alternativa de baixo custo para a comunidade torna-se tão importante quanto o cuidado individual.

Uma boa anamnese e um exame físico voltado para estimar níveis de desidratação são suficientes para iniciar um tratamento bem orientado. Perguntar se mais alguém na casa está doente é uma boa forma de começar a história, pois pode indicar uma intoxicação alimentar com mesma fonte comum. Descobrir outros focos na comunidade também é muito importante, uma epidemia pode ser controlada por meio dessas informações.

Conseguir caracterizar o tipo de diarreia é de extrema importância. Muco, pus e sangue associados a febre, cólicas e tenesmo falam a favor de disenteria aguda, cujos principais agentes etiológicos são a *Shigella sp.*, *Yersinia enterocolitica*, *Entamoeba sp.*, *Giardia lamblia* e *Cryptosporidium*. Ausência desses sintomas, o grande volume das fezes e a frequência muito aumentada indicam a ocorrência de uma

diarréia aquosa aguda, quadro produzido por bactérias como *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotoxigênica e *Clostridium perfringens* e vírus como o rotavírus.

É importante, da mesma forma, avaliar o período em que a doença tem se desenvolvido. Até 14 dias, considera-se o quadro como agudo; mais que 14 dias, prolongada, e duração maior que 30 dias altera a classificação para crônica.

O exame físico estimará o grau de desidratação e sinais clínicos de hipernatremia e hipocalcemia o que influenciará ativamente na conduta a ser seguida.

Cerca de 10% das crianças com diarréia têm risco de desidratação e até 2% correm risco de vida se não tratadas²⁵. Correm risco especial as crianças não-amamentadas e aquelas que interromperam o aleitamento materno recentemente, daí a importância de se estimular o hábito do aleitamento.

Crianças que apresentam sinais de desidratação leve a moderada (mucosas secas, fontanela afundada, órbitas fundas, volume urinário levemente diminuído, sem queda da pressão arterial, *status* mental preservado ou levemente apático e extremidades ainda aquecidas) devem ser tratadas com a terapia de reidratação oral (TRO). Exames rotineiros não são necessários para essa avaliação.

Pacientes com desidratação leve devem receber 50 ml/kg de solução caseira de sal e açúcar, ou água de arroz ou outras soluções disponíveis comercialmente mais a reposição das perdas continuadas em um período de quatro horas. Desidratação moderada deve receber 50 ml/kg a mais pelo mesmo período. A alimentação deve ser reintroduzida tão logo seja aceita pela criança. O aleitamento nunca deve ser suspenso.

Caso haja vômitos impedindo a TRO, a hidratação por sonda nasogástrica pode ser realizada.

Um estudo realizado em Pelotas (RS) mostrou que muitas mães não confiavam na TRO, por ela não impedir a diarréia, o que os médicos não explicavam. A falta de habilidade do médico em lidar com mães ansiosas ou difíceis é fator a ser considerado além das habilidades técnicas²⁶.

A desidratação grave é considerada situação de

emergência, sendo indispensável o seu encaminhamento a um centro secundário para reidratação intravenosa. Os sinais para reconhecimento de instabilidade hemodinâmica são: letargia profunda, retardo do preenchimento capilar e taquicardia com alterações importantes da pressão arterial.

Antibióticos somente serão usados em casos de disenteria por *Shigella*, salmonelose em imunodeprimidos, suspeita de sepse e infecções por parasitas específicos como *Giardia* e *Entamoeba histolytica*. Azitromicina e Ciprofloxacino são os dois medicamentos de escolha para shigelose em adultos.

Os diagnósticos de síndromes de má-absorção e outras causas de diarréia crônica também devem ser feitos pelo médico de família, entretanto não pertencem à sua esfera de atuação, sendo o encaminhamento a conduta a ser seguida.

3.4. Hepatites virais

A hepatite viral mais freqüente é a hepatite A, e nas crianças ocorre na maior parte das vezes de forma assintomática ou oligossintomática. A transmissão é de forma fecal-oral e dessa forma, medidas higiênico-sanitárias são fundamentais para evitar a transmissão da doença.

Com relação à hepatite B, a sua prevalência varia em todo o Brasil, havendo áreas de baixa prevalência (menos de 2% da população é AgHBs positivo) e áreas de alta prevalência (mais de 8% da população é AgHBs positivo) como a região Amazônica, centro-oeste de Santa Catarina e Paraná, e norte do Espírito Santo. A transmissão é de forma parenteral, e o vírus pode estar presente em fluidos orgânicos como saliva, lágrima e sêmen. Atualmente o SUS fornece vacinação gratuita e obrigatória para os recém-nascidos nas primeiras 12 horas, e adolescentes até 19 anos. No caso de diagnóstico de um paciente portador do vírus da hepatite B (VHB), é importante que o médico de família realize também o rastreamento familiar e encaminhe os contatos que são negativos para o VHB para a vacinação²⁷.

Com relação à hepatite C, o Brasil é considerado um país de média prevalência (aproximadamente 2% da

população anti-VHC positivo), e as formas de transmissão mais comumente descritas são hemotransfusões realizadas antes de 1993, uso de drogas, tatuagens e *piercings*. Os casos diagnosticados deverão ser encaminhados para os Centros de Referência para Tratamento (CRTs) de hepatites e doenças infecto-contagiosas. Esses pacientes serão avaliados e, no caso de serem estadiados como doença leve (fibrose hepática 0 ou 1), poderão ser acompanhados pelo médico de família, por meio da monitoração da ALT e função hepática, e serão reencaminhados em momento oportuno²⁸.

4. Referências

1. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2. ed. New York: Oxford University Press; 2003. 448p.
2. Pellegrino E. The Academic Viability of Family Medicine. *Journal of the American Medical Association*. 1978; (240): p. 132-35.
3. Forés M, Gervas J, Bonet M, Marcos L, Tomás P, Sagués A. Epidemiological aspects of patient data in Spanish general practice. In: Lamberts H, Wood M, Hofman I, Editors. *The International Classification of Primary Care in The European Community, with a Multilanguage layer*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 119-24.
4. Fry J. *A New Approach to Medicine – priorities and principles of health care*. Lancaster: MTP Press Limited; 1978. 154p.
5. Grainger SL, Klass HJ, Rake MO, Williams JG. Prevalence of dyspepsia: the epidemiology of overlapping symptoms. *Postgraduate Medical Journal*. 1994; 70(821): 154-6.
6. Prieto LP, Olmos LG, Salvanés FR, Puime AO. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Atención Primaria*. 2005; 35(3): 146-51.
7. Oliveira SS, Santos IS, Silva JFP, Machado EC. Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40(3): 420-7.
8. Drossman DA, Corraziari E, Delvaux M, Spiller R, Talley NJ, Thompson WG. *Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders*. McLean, VA: Degnon Associates; 2006.
9. Stein A, Barros SGS, Filho MLC, Kalil MB. Dispepsia e Doença do Refluxo Gastresofágico. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Editores. *Medicina Ambulatorial*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 1184-91.
10. Peterson WL, Fendrick AM, Cave DR, Peura DA, Garabedian-Ruffalo SM, Laine L. *Helicobacter pylori*-related disease: guidelines for testing and treatment. *Arch Intern Med*. 2000; (160): 1285-91.
11. Bezerra JM. Infecção gástrica por *Helicobacter pylori* em pacientes sintomáticos da ilha de São Luís, MA: correlação endoscópica, anatomopatológica e microbiológica. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 1996; 29(3): 245-50.
12. Laine L, Shoenfeld P, Fennerty MB. Therapy for *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*. 2001; (134): 361-9.
13. Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, Lewis M, Forman D. Psychological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; CD002301.
14. Pasricha PJ. *Endoscopia Digestiva*. In: Cecil RL, Goldman L, Bennett JC. *Tratado de Medicina Interna*. 21. ed. Philadelphia: Sanders Harcourt Health Sciences; 2001. p. 720-24.
15. Cohen S, Parkman HP. Diseases of the esophagus. In: Cecil RL, Goldman L, Bennett JC. *Textbook of Medicine*. 21. ed. Philadelphia: Sanders Harcourt Health Sciences; 2001. p. 658-63.
16. Crosland A, Jones R. Rectal bleeding: prevalence and consultation behaviour. *British Medical Journal*. 1995; (311): 486-8.
17. Pfenniger JL, Zainea GG. Common Anorectal Conditions: Part I. Symptoms and Complaints. *American Family Physician*. 2001; 63(12): 2392-8.
18. Zimmer PM, Berger CB. *Problemas Digestivos Baixos*. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Editores. *Medicina Ambulatorial*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 1201-07.
19. Jones R, Latinovic R, Charlton J, Gulliford MC. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database.

British Medical Journal. 2007; (344): 1040.

20. Solomon MJ, McLeod RS. Screening for colorectal cancer. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada; 1994; 798-809.

21. Victora CG, Fontaine O, Monasch R. Reducing death from diarrhea through oral rehydration therapy. Bull World Health Organ. 2000; (78): 1246-55.

22. Shann F, Steinhoff MC. Vaccines for children in rich and poor countries. Lancet. 1999; 354:III7-11.

23. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. Lancet. 1999; 354:III16-20.

24. Hirschorn N. ORT: The programme and the promise. In: Cash R, Keusch GT, Lamstein J, Editors. Child Health and Survival. London: Croom Helm; 1987. p. 21-45.

25. Faleiros JJ, Machado ARL. Diarréia. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Editores. Medicina Ambulatorial. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 1201-07.

26. Béria JU, Damiani MF, Santos IS, Lombardi C. Physician's prescribing behavior for diarrhea in children: an ethno-epidemiological study in southern Brazil. Soc Sci Med. 1998; (47): 341-6.

27. Ono-Nita SK & Carrilho FJ. Hepatite Viral. In: Coelho JCU, Editor. Aparelho Digestivo. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1420-1438.

28. Strader DB, Wright T, Thomas DL, Seeff LB. AASLD Practice Guideline. Diagnosis, Management and Treatment of Hepatitis C. Hepatology, 2004; (39): p. 1147-71.

Endereço para correspondência:

Rua Almirante Luís Penido Burnier, 47, bloco 1, apto 32.
Jd. Sandra, São Paulo/SP
Cep 05860-000

Endereço Eletrônico:

dr_brunobrunelli@yahoo.com.br