

Rede de atenção: saúde do adulto

Autores:

**Carlos Haroldo Piancastelli
Giulliana Cantoni Di Spirito**

Colaboradora:

Tácia Maria Pereira Flisch

Rede de atenção: saúde do adulto

Autores:

Carlos Haroldo Piancastelli

Giulliana Cantoni Di Spirito

Colaboradora:

Tácia Maria Pereira Flisch

3ª Edição
Belo Horizonte
NESCON - UFMG
2020

CRÉDITOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Eduardo Pazuello

Secretário de Atenção Primária à Saúde:

Raphael Câmara Medeiros Parente

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde:

Luiz Otávio Franco Duarte

Secretaria de Vigilância em Saúde: Arnaldo

Correia de Medeiros

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde: Mayra Isabel Correia Pinheiro

Secretária Executiva da Universidade Aberta do

SUS: Maria Fabiana Damásio Passos

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ

Presidente: Nísia Trindade Lima

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Alessandro Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Fábio Alves

Pró-Reitora de Extensão: Cláudia Mayorga

Diretora do Centro de Apoio à Educação a

Distância: Eliane Marina Palhares Guimarães

Coordenador Universidade Aberta do SUS na

UFMG: Edison José Corrêa

Faculdade de Medicina

Diretor: Humberto José Alves

Vice-Diretora: Alamanda Kfoury Pereira

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

Diretor: Francisco Eduardo de Campos

Vice-Diretor: Edison José Corrêa

Coordenador Acadêmico: Raphael Augusto

Teixeira de Aguiar

Coordenadora Administrativa e Financeira:

Mariana Aparecida de Lélis

Coordenadora de Design Educacional (DE): Sara

Shirley Belo Lança

Gerente de Tecnologias da Informação (TI):

Gustavo Storck

Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos

Revisor institucional: Edison José Correa, José

Maurício Carvalho Lemos

Coordenação Técnico-pedagógica: Tarcísio

Márcio Magalhães Pinheiro e Maria Rizioneide

Negreiros de Araújo, Maria Auxiliadora Córdova

Christófaro, Matilde Meire Miranda Cadete

Produção

Desenvolvimento Web e Administração Moodle:

Daniel Lopes Miranda Junior, Simone Myrrha

Apoio Técnico: Leonardo Aquim de Queiroz,

Michel Bruno Pereira Guimarães

Designer Educacional: Angela Moreira

Web Designer: Felipe Thadeu Carmo Parreira

Diagramadora: João Paulo Santos da Silva

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em

Saúde Coletiva Nescon / UNA-SUS/UFMG

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>

Faculdade de Medicina /Universidade Federal de

Minas Gerais – UFMG

Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar - CEP 30.130-100

Belo Horizonte – MG – Brasil

Tel.: (55 31) 3409-9673

Fax: (55 31) 3409-9675

E-mail: comunicacao@nescon.medicina.ufmg.br

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte, e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição -Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>>.

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

Recomenda-se a consulta a fontes de pesquisa correlatas:

Biblioteca Virtual do Nescon,

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>

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

Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde,

Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>

A474a Piancastelli, Carlos Haroldo.
Rede de atenção : saúde do adulto / Carlos Haroldo Piancastelli, Giuliana Cantoni Di Spirito, Tácia Maria Pereira Flisch. -- 3. ed. -- Belo Horizonte : Nescon / UFMG, 2020.
232 p.

ISBN: 978-65-86593-02-0

1. Saúde do adulto. 2. Saúde da família. 3. Atenção primária à saúde.
I. Spirito, Giuliana Cantoni Di. II. Flisch, Tácia Maria Pereira. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU: 613-053.8

NLM: WA 300

Sumário

Apresentação dos Autores e da Colaboradora	7
Apresentação Rede de atenção: saúde do adulto.....	9
Unidade 1 - Método clínico centrado na pessoa	17
Seção 1 - O que é o método clínico centrado na pessoa?	19
Seção 2 - Entrevista centrada na doença x entrevista centrada na pessoa	22
Unidade 2 - Quero fazer um <i>check-up</i>	25
Seção 1 - O caso de Alex.....	27
Seção 2 - Ações de rastreamento (<i>screening tests</i>).....	39
Seção 3 - Imunização e quimioprevenção	52
Unidade 3 - Marina e Célio	57
Seção 1 - O caso de Marina	59
Seção 2 - O Grupo “Vida a Dois” da Unidade de Saúde	68
Seção 3 - Testes rápidos de HIV e <i>sífilis</i> na Atenção Primária à Saúde	73
Seção 4 - Marina e Célio: testes rápidos de <i>sífilis</i> e HIV	77
Maria e Célio: concluindo.....	79
Conclusão da Unidade 3 Marina e Célio - Vida a dois	81
Unidade 4 - Tenho medo de estar com uma doença grave.....	83
Seção 1 - O caso Michele: dor e humor: cefaleia, enxaqueca, lombalgia e tristeza	85
1.1 Cefaleia e enxaqueca (migrânea) na Atenção Primária	86
1.2 A abordagem clínica na enxaqueca	88
Seção 2 - Lombalgias.....	99
Seção 3 - Investigando o psiquismo de Michele.....	129
3.1 Falando um pouco sobre depressão.....	131
Seção 4 - Considerações sobre tratamentos instituídos para Michele.....	143
Finalizando - Unidade 4 Tenho medo de estar com uma doença grave	145
Unidade 5 - Já vem dona Edilene de novo	147
Seção 1 - Os hiperutilizadores/hiperfrequentadores	149
Seção 2 - Infecções agudas do trato respiratório	153
Seção 3 - A avaliação pré-operatória na Atenção Primária à Saúde.....	159
Seção 4 - Por falar em tabagismo.....	163

Unidade 6 - Todo cuidado é pouco	165
Seção 1 - Atenção básica e cuidados paliativos.....	168
Seção 2 - O preenchimento da declaração de óbito	176
Finalizando: Todo cuidado é pouco.....	177
Unidade 7 - Não quero ficar dependente dos remédios	179
Seção 1 - O caso do Sr. Valdir: adesão ao tratamento	181
Seção 2 - Síndrome metabólica	185
Unidade 8 - Desenvolvendo conceitos e habilidades	189
Seção 1 - Programa de atividade física.....	191
Seção 2 - Programa de alimentação saudável	195
Seção 3 - Programa de prevenção e controle de tabagismo	199
Seção 4 - Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas	202
Seção 5 - Quadro clínico de infecção do trato urinário	205
Seção 6 - Hipertensão arterial sistêmica	211
Seção 7 - Identificando fatores de risco cardiovascular	226
Seção 8 - Falando sobre o diabetes <i>mellitus</i>	235
Conclusão.....	250
Referências.....	252
Anexo Miniexame do estado mental.....	274
Apêndice Glossário.....	277

Apresentação dos Autores e da Colaboradora

Autores

Carlos Haroldo Piancastelli

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FMUFMG). Residência em Clínica Médica pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Aperfeiçoamento no Texas University Medical Branch at Galveston, EUA, em Educação Médica e Medicina de Família. Fellow, pela Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER), vinculado à Drexel University, Filadélfia, EUA, coordenado pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Medicina Tropical (Faculdade de Medicina da UFMG (FMUFMG)) e Doutor, área de concentração: Formação em Educação Superior nas Profissões de Saúde (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP). Professor na FMUFMG, Departamento de Clínica Médica, disciplinas de Semiologia Médica, Medicina Geral de Adultos, Internato em Clínica Médica e Residência de Clínica Médica. Coordenação da disciplina de Semiologia Médica e do Ciclo Propedêutico – 5º e 6º períodos. Coordenador do Colegiado de Curso Médico da FMUFMG, de 1995 a 1998. Projetos de pesquisa em Doença de Chagas e na área de extensão. Consultor do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (Saúde da Família) e Programas de Pós-graduação em Saúde da Família. Coordenou o Polo de Saúde da Família da UFMG. Diretor Geral e Acadêmico da Faculdade de Medicina e de Fisioterapia do Vale do Aço/MG/Brasil e Diretor Geral, Acadêmico e Coordenador do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos – SP/Brasil. Ex-assessor da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Ex-coordenador, pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – do Curso de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Estado de Minas Gerais (parceria entre ESP-MG, Secretaria de Estado de Saúde de MG e Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais). Ex-coordenador de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Barretos/SP/Brasil. Médico clínico da Secretaria Municipal de Saúde de Barretos – SP. Atua como consultor na área de formação de profissionais de saúde. Supervisor do Programa Mais Médicos do Brasil (Ministério da Educação e Ministério da Saúde). Fundador da Academia do Mundo (Fonte: <http://lattes.cnpq.br/2232947570015182>).

Giulliana Cantoni Di Spirito

Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Especialização em Geriatria pelo Núcleo de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Pós-graduanda em Terapia Familiar Sistêmica. Médica de Família do Município de Contagem/MG. Preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de Contagem/MG. (Fonte: PIANCASTELLI, C. H.; DI CANTONI, G.; FLICH, T.M.P. **Saúde do Adulto**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 166p: il.).

Colaboradora**Tácia Maria Pereira Flisch**

Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem (UFMG). Doutora em Saúde Coletiva/CPqRR/ Fiocruz Minas. Mestra em Enfermagem e Educação (UFMG). Especialista em Saúde da Família (UFMG), em Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde (PUC Minas) e Gestão da Clínica (SENAC). Foi referência técnica da Atenção Básica em Contagem e, atualmente, trabalha em uma Unidade Básica de Saúde como Enfermeira da Família. Lecionou no curso de graduação em Enfermagem (UNIPAC Contagem). Experiência na área de Enfermagem, Atenção Básica, Educação em Saúde, Saúde Coletiva (Fonte: <http://lattes.cnpq.br/0873027270269287>).

Rede de atenção: saúde do adulto

Apresentação

Este curso pretende discutir a Atenção à Saúde do Adulto na perspectiva da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde, o que implica pensar no adulto além de sua idade cronológica, nos seus diversos contextos e relações pessoais, socioculturais e político-econômicos. Então, quem é o adulto?

Os mais variáveis termos são encontrados como sinônimos e definem determinada fase da vida do ser humano: adulez, adultado, adultilidade, adultescência, andragogia, maturescência, antroplelescência (SOUZA, 2007, *on-line*).

É provável que você, quando jovem, tenha idealizado essa etapa do ciclo como o momento pleno para a realização de suas fantasias e sonhos. Também como um período de responsabilidade e autonomia plena de seus atos, emprego, independência financeira, entre outras possibilidades agradáveis. Na verdade, o adulto é um ser humano que vivencia, no seu dia a dia, tudo isso e muito mais. Junto com as gratificações, o reconhecimento, o sucesso e as alegrias, o adulto enfrenta numerosas dificuldades em sua jornada existencial e apresenta momentos de instabilidades no seu modo de ser e de viver. Entre altos e baixos, homens e mulheres seguem os percalços da existência que lhes são impostos pela vida para alcançar esse momento idealizado e almejado pela juventude.

A idade adulta, longe de ser um período de gozo da aprendizagem, de equilíbrio e de estabilidade emocional, é composta de inúmeras situações que levam uma pessoa a agir, a pensar e a decidir de diferentes modos [...] (SILVA, 2004, *on-line*).

Ser adulto é ser capaz de vivenciar na sociedade momentos de escolhas, decisões, de construir e desfazer laços afetivos, de estabilidade e instabilidade na vida profissional, financeira e familiar, profissionalizar-se, tornar-se um ser estruturado, agir por si só, sofrer várias pressões sociais e viver de acordo com as normas sociais que ora o oprime e ora o liberta.

Para Sousa (2007), existe mais de uma categoria de adulto e ela cita três:

- na primeira estão aqueles que se comportam como pessoa equilibrada e estável;
- na segunda, são sujeitos em desenvolvimento, em atitude de experimentação, de progressão, de formulação de desejos e concretização de projetos, com etapas a percorrer e objetivos a cumprir;
- na terceira categoria, estão os adultos que têm de lidar com o imprevisto, o risco, a exclusão, a desestabilização e a inexistência de quadros de referência.

A faixa etária que determina o ser adulto depende da cultura. Em algumas culturas africanas, adultos são todos os maiores de 13 anos, mas a maior parte das civilizações enquadra essa idade como adolescência.

Neste texto, considera-se adulta a pessoa na faixa etária dos 18 aos 60 anos, tomando-se como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente, que considera o fim da adolescência aos 18 anos, e o Estatuto do Idoso, que define a pessoa como idosa aquela que tem 60 anos ou mais (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003).

Para Silva (2004), a vida adulta compreende três períodos:

- adulto jovem, para a faixa etária entre 18 e 21 anos;
- adulto, para a faixa etária de 21 aos 45 anos; e
- meia-idade, para as pessoas que possuem idade entre 45 e 60 anos.

Em cada uma dessas faixas etárias, homens e mulheres têm experiências diferentes que vão desde uma fase intermediária, de adolescência para idade adulta, em que estão em processo de construção da vida afetiva, profissional e financeira, ao próprio processo de maturidade.

Adquirida a estabilidade, ocorre a consolidação profissional no mercado de trabalho, definição do relacionamento afetivo, constituição de família, revisão do modo de vida e mudanças de valores. Por volta dos 30 anos, os adultos sentem necessidade de levar a vida mais seriamente, fazendo uma reavaliação da vida que até então levaram. A vida adulta é “deixada aparentemente nas suas antigas certezas, como idade sem problemas, uma vez definida como idade de referência” para todas as outras fases de vida (SOUSA, 2007). É importante lembrar que, como em outras fases anteriores, os homens e as mulheres se adaptam de maneira diferente a cada etapa da vida adulta.

Com o aumento da esperança de vida, a fase de vida adulta ocupa cerca de 50% do total do percurso de vida de cada pessoa. Esse fato gera a necessidade de estudar esse adulto que tem pela frente diversos caminhos a percorrer, muitas decisões a tomar e experiências a viver (SOUSA, 2007). Nesse caminhar, vive o constante equilíbrio-desequilíbrio do processo saúde-doença, companhia constante de todos nós.

O Brasil, em decorrência do envelhecimento populacional, está enfrentando rapidamente a substituição das doenças infecciosas e transmissíveis por doenças crônicas e degenerativas (IBGE, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) classifica como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cardiovasculares, o diabetes *mellitus*, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias obstrutivas, a asma e as neoplasias. Fazem parte, também, das doenças comuns em nosso meio: o alcoolismo, a dependência química, a tuberculose e a hanseníase. Também não podemos nos esquecer de um grave problema que é a violência de modo geral.

Nesse sentido, os problemas de saúde do adulto tornaram-se ainda mais importantes. Apesar disso, a saúde pública no Brasil tem tradicionalmente priorizado ações voltadas para a criança, a mulher e o idoso, provocando um lapso em relação à assistência ao adulto – o período de vida mais produtivo de uma pessoa (LOTUFO, 1996).

Implantar a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (BRASIL, 2008; COELHO, 2018), alinhada à **Política Nacional de Atenção Básica** (BRASIL, 2017a), com estratégias de promoção de saúde com vistas à redução de agravos e melhoria na qualidade de vida, é um desafio para os profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família.

De acordo com essa política, estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas e morrem mais precocemente do que as mulheres. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de Atenção Primária. Quando precisam, procuram a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência o agravamento da morbidade, pelo retardamento na atenção, e o alto custo para o sistema de saúde. Muitos agravos poderiam ser evitados se os homens procurassem com regularidade a Unidade Básica de Saúde.

Ressalte-se que, quando o homem é acometido de uma doença crônica, a adesão ao tratamento é menor, porque os esquemas terapêuticos exigem significativo empenho do paciente em mudanças de hábitos de vida.

De modo geral, as causas da baixa adesão são as barreiras socioculturais e as institucionais. Nas variáveis culturais estão os estereótipos de gênero, em que a doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à condição biológica. O homem cuida menos de si e se expõe mais às situações de risco.

Uma questão bastante citada pelos homens para a não procura pelos serviços de Atenção Primária está ligada à sua posição de provedor. Alega-se que os períodos de funcionamento dos serviços de saúde coincidem com o horário de trabalho. Certamente, não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social. Ainda que isso possa se constituir em importante barreira, atualmente existem mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, que fazem parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, que nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Em relação às barreiras institucionais, é mencionada a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para a marcação de consultas, há de se enfrentar filas, o que, muitas vezes, causa a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta.

Os profissionais de saúde devem ter conhecimento dessas barreiras e propor estratégias que promovam o acesso dos homens aos serviços de Atenção Primária – porta de entrada e elemento coordenador do Sistema Único de Saúde (SUS) –, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2008, BRASIL, 2018a).

O aumento da expectativa de vida apresenta novo enfoque sobre o momento em que se deve trabalhar com a prevenção de agravos da saúde e o atendimento que é dado ao adulto na promoção de saúde, prevenção de doenças e na recuperação, visando à qualidade de vida e à velhice saudável.

Mas, quem é o adulto que atendemos na Atenção Primária?

Esse momento é propício à profunda reflexão sobre quem é esse adulto que atendemos na Atenção Primária. Pode ser uma pessoa equilibrada, ponderada, pai/mãe de família, trabalhadora, empregada ou desempregada, ou aquela pessoa que não deu conta de lidar com os revezes da vida e buscou uma via marginal, desprovida do afeto e do acolhimento familiar. Pode ser ainda um homem ou uma mulher com sofrimento mental. Sobretudo, o adulto é aquele que adentrou a Unidade Básica de Saúde porque está precisando ser acolhido na sua dor física ou mental, em seu sofrimento.

Ignorar a existência de um número cada vez mais alto de adultos desiludidos ou resignados com o seu trabalho e com a sua vida familiar é fechar os olhos a uma realidade que leva adolescentes, jovens e os próprios adultos a afirmarem que não querem *ser adultos* e a adotarem postura pessimista em face da adultez (SOUSA, 2007, *on-line*).

Outros desafios para o país são as dificuldades no direcionamento de ações para a promoção e proteção da saúde, que se encontram em mudanças em decorrência dos perfis epidemiológico e demográfico.

As doenças crônicas estão na agenda de prioridades da maioria dos países em desenvolvimento, onde lideram as causas de mortalidade e afetam as condições de vida e saúde da população. No Brasil, a situação não é diferente. As doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares e o diabetes *mellitus*, também lideram as causas de mortalidade e morbidade, gerando grandes demandas aos serviços de saúde, apesar de o desenvolvimento tecnológico e científico possibilitar o diagnóstico precoce e antecipar a terapêutica adequada. É do conhecimento de todos os profissionais de saúde que a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por mais de um milhão de internações por ano no SUS.

Neste sentido, cabe, pois, investir no atendimento ao adulto, considerando as especificidades individuais. Importa refletir sobre os índices de morbidade e mortalidade de doenças passíveis de prevenção e tratáveis para as decisões de elaborar propostas de implantação, reestruturação e organização do serviço de saúde local, locorregional e nacional, objetivando otimizar os recursos da comunidade e do sistema de referência em saúde.

A melhoria das condições de vida do adulto torna-o um ser com possibilidade de viver por mais anos, remetendo-o à revolução das necessidades, do incremento do consumo, da informação, da promoção do lazer, do rejuvenescimento e do hedonismo (SOUSA, 2007).

Dado que o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família na Atenção Primária implica uma práxis que leva em conta a pessoa, a família e a comunidade, nada mais coerente do que abordar o ser adulto em uma perspectiva que possibilite a compreensão mais abrangente dessa fase do ciclo de vida humana.

Refletir sobre a adultez, suas transições e transformações, as diferentes etapas da fase adulta, os estágios de desenvolvimento psicossocial dessa fase, o ciclo de vida do adulto no contexto da família e sobre as consequências da enfermidade para o adulto e a família, certamente, possibilita ao profissional uma abordagem mais humana, acolhedora e compreensiva do cuidar em saúde.

Após o estudo deste curso, espera-se que você possa desenvolver habilidades e atitudes que lhe possibilitem compreensão mais abrangente, integradora e instrumentalizadora em torno do cuidado dispensado à saúde do adulto.

As unidades deste curso buscam fortalecer a sua atuação no cenário que envolve seu fazer técnico específico, qual seja, em sua prática cotidiana, envolvendo ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação no tocante à saúde do adulto.

Cada uma das unidades, com apresentação de casos, buscará tratar de temas e questões que contribuam com o seu empenho na organização e até na reorganização do processo de trabalho, seja no contexto individual, seja no coletivo. Propositadamente, evitaram-se vocábulos como indivíduo, usuário, segurado, paciente, etc., frequentemente utilizados na gestão e na atenção no âmbito dos sistemas de saúde. Sempre que possível, os adultos são tratados pela palavra “pessoa”, que pretende significar muito mais que indivíduo, usuário ou paciente. Esta última palavra só será empregada em algumas situações, em que o termo parecer mais adequado ou em citações.

A nota de revisão técnica incluída em Stewart, 2010, reforça esse propósito:

N. de R.T.: Especialmente na atenção primária à saúde, temos substituído o vocábulo “paciente” por “pessoa”, pois a utilização do termo “paciente”, em sua própria definição, retira os aspectos volitivos e a autonomia daqueles que buscam ajuda para seus problemas de saúde, determinando um comportamento passivo. O uso do termo “paciente” está mais de acordo com outros cenários do sistema de cuidados à saúde (p. ex., hospitalar), nos quais a pessoa fica submetida às regras e normas daquele ambiente. O termo “pessoa” lembra aos profissionais de saúde e ao sistema que a autonomia e a participação de quem é cuidado são fundamentais para o sucesso do manejo. Por fim, o uso do termo “pessoa” vai ao encontro do segundo componente do método proposto pela autora (entendendo pessoa como um todo), no qual reforça a necessidade de um entendimento integral e uma participação efetiva da pessoa-que-busca-ajuda no cuidado à saúde (N. de R.T. STEWART, 2010, p. 21).

Com a “pessoa”, que procura o cuidado para sua saúde, os profissionais de saúde estabelecem vínculos profundos, contínuos e ao longo de toda sua vida, com o que garantem a integralidade de atenção, mesmo quando essa pessoa é orientada a buscar ocasional ou permanentemente outros pontos ou níveis da Rede de Atenção.

Por isso, as implicações dessa forma de tratamento são focadas, de modo especial, na primeira unidade do curso – Método clínico centrado na pessoa.

Na **Unidade 1 – Método clínico centrado na pessoa**, delineiam-se as diferenças da abordagem do profissional de saúde no método clínico centrado na doença e naquele centrado na pessoa, e marcadas em um exemplo de atendimento nas duas formas. São descritas as características e vantagens deste último.

Na **Unidade 2 – Quero fazer um *check-up*** –, buscou-se introduzir uma concepção de avaliação periódica de saúde, procurando incorporá-la no cotidiano das equipes a partir do aconselhamento, do rastreamento, da imunização e da quimioprevenção. São discutidas, em linhas gerais, as bases para o desenvolvimento das atividades essenciais relacionadas ao desenvolvimento do processo de trabalho da equipe.

Na **Unidade 3 – Marina e Célio** –, é apresentada a classificação de risco como importante estratégia de organização da demanda espontânea. Segue-se a apresentação de uma condição clínica aguda, como modelo de enfrentamento e de intervenção por parte da equipe. Ainda nesse caso, são discutidas as principais abordagens a serem levadas a efeito nos casos de oferta, solicitação e orientação em relação à testagem para sífilis e o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Na **Unidade 4 – “Tenho medo de estar com uma doença grave”** –, são abordadas pela equipe condições muito comuns na Atenção Primária: a enxaqueca e a lombalgia – em função das prevalências, pela demanda que impõem ao serviço e pela frequência com que geram absenteísmo –, valendo-se da condução clínica, da observação atenta e da demora permitida, com ênfase especial no método centrado na pessoa.

Na **Unidade 5 – “Já vem Dona Edilene de novo”**, tomando como referência uma condição clínica comum – uma síndrome respiratória viral aguda –, a partir da qual se identifica uma série de atendimentos na Unidade Básica de Saúde, é enfatizada a “hiperutilização” do serviço de saúde, bem como as estratégias pelas quais a equipe pode organizar a atenção a essa demanda.

Na **Unidade 6 – Todo cuidado é pouco** –, o cuidado paliativo é enfatizado como condição que exige da equipe qualificação adequada e da família uma postura cercada de cuidados e de atenção para com o paciente. Nesse caso, a interação paciente-equipe-família é priorizada em todas as atividades, seja na visita domiciliar, seja em qualquer outra instância em que um paciente fora de possibilidade terapêutica recebe cuidados.

Na **Unidade 7 – “Não quero ficar dependente de remédios”** –, são abordados aspectos relacionados à síndrome metabólica envolvendo diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento, acompanhamento e prevenção secundária e terciária referentes a uma das condições crônicas mais prevalentes e responsáveis por elevado número de internações, complicações, sequelas e mortes: o diabetes *mellitus*. Esses aspectos são em função da lida dessa doença com uma série de medicações, orientações, rastreamentos, aconselhamentos e ações, envolvendo imunização, quimioprevenção e adesão à terapêutica medicamentosa e nutricional, que é considerada um nó crítico pelos profissionais de saúde.

Na **Unidade 8**, são apresentados textos de aprofundamento conceitual e operacional. A partir de citações inseridas nas seções anteriores, orientou-se para a leitura das seções 1 a 9 desta unidade. Elas tratam de programa de atividade física, programa de alimentação saudável, programa de prevenção e controle do tabagismo, programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas, quadro clínico de infecção do trato urinário, hipertensão arterial sistêmica, identificação de fatores de risco cardiovascular e diabetes *mellitus*.

Este curso tem como sujeitos médicos, podendo ser oferecido a outros profissionais da equipe, em suas demandas diárias.

Espera-se que ao final do curso você seja capaz de:

- analisar situações comuns na Atenção à Saúde do Adulto;
- trabalhar com ferramentas clínicas para acompanhar os agravos que afetam a saúde do adulto;
- analisar a situação do serviço para atender às demandas de saúde do adulto.

Bom estudo!

Unidade 1

Método clínico centrado na pessoa

Unidade 1

Método clínico centrado na pessoa

Nesta **Unidade 1**, vamos abordar, na **primeira de duas seções**, aspectos do método clínico centrado na pessoa, com seu conceito, as vantagens e seis componentes interativos que o caracterizam.

São eles:

- a exploração e interpretação, pelo profissional de saúde, da doença e da experiência do adoecer do paciente;
- o entendimento global da pessoa;
- a busca de objetivos comuns entre o profissional de saúde e o paciente a respeito do problema ou dos problemas e sua condução;
- a melhora ou intensificação da relação profissional — paciente e a viabilidade em termos de custos e tempo.

Na **seção 2**, é abordada uma entrevista em dois focos: a entrevista centrada na doença e a entrevista centrada na pessoa.

Seção 1

O que é o método clínico centrado na pessoa?

Muito se discute, atualmente, sobre a humanização da assistência, e uma das metodologias propostas para alcançá-la é o **Método Clínico Centrado na Pessoa**.

A proposta do atendimento centrado na pessoa pressupõe mudanças na mentalidade do profissional de saúde. Para ser centrado na pessoa, o profissional de saúde entende que a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa é passiva deve ser substituída pelo compartilhamento do poder no relacionamento. E isso significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos do profissional, permitindo novos direcionamentos. Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro entre mente e corpo.

As vantagens do método

As vantagens do atendimento realizado pelo profissional de saúde centrado na pessoa são:

- mais satisfação do paciente e do profissional de saúde;
- mais adesão ao tratamento;
- melhor resposta à terapêutica;
- mais eficiência do cuidado;
- necessidade de reduzido número de exames complementares;
- frequência mais baixa de encaminhamentos a especialistas; e
- custo baixo para o sistema de saúde e para o paciente.

Os seis componentes interativos

É importante que os profissionais de saúde atentem para os seis componentes interativos do processo de atendimento centrado na pessoa:

1. A exploração e interpretação, pelo profissional de saúde, da doença e da experiência do adoecer do paciente, tendo a experiência de adoecer quatro dimensões:

- sentimentos da pessoa a respeito de sua experiência,
- suas ideias sobre a doença,
- como a doença afeta seu funcionamento,
- as expectativas em relação ao profissional.

2. Entendimento global da pessoa

Integração dos conceitos de doença e experiência de doença com o entendimento da pessoa como um todo; inclui a consciência dos múltiplos aspectos da vida, como contexto pessoal, contexto próximo — família, emprego, suporte social — e contexto distante — cultura, comunidade, ecossistema.

3. Busca de objetivos comuns entre o profissional de saúde e o paciente a respeito do problema ou dos problemas e sua condução

Elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas entre a pessoa atendida e o profissional de saúde.

4. Incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde

Salienta a importância de se usar cada encontro como uma oportunidade de prevenção e promoção de saúde, como desenvolver, junto com o paciente, um plano prático de prevenção e promoção para toda a vida; monitorar os riscos já identificados e rastrear aqueles ainda não identificados; registrar e arquivar adequadamente e estimular a autoestima e confiança do paciente no autocuidado.

5. A melhora ou intensificação da relação profissional-paciente

Enfatiza que cada encontro com a pessoa deve ser usado para desenvolver o relacionamento desta com o profissional, por meio da compaixão, da confiança, do compartilhamento de poder e da cura.

6. A viabilidade em termos de custos e tempo

Exige que, durante todo o processo, o profissional de saúde seja realista sobre o tempo disponível, participe no desenvolvimento da equipe e do trabalho em equipe e reconheça a importância de uma administração sensata do acesso aos recursos de saúde. Para isso, é necessário:

- compreender que não é preciso fazer tudo para todos os pacientes em todas as visitas;
- considerar os limites da medicina, da enfermagem e de outras profissões e estabelecer objetivos e prioridades razoáveis; e
- usar racionalmente os recursos: gerenciar os recursos para o paciente, considerando suas necessidades e as da comunidade.

Seção 2

Entrevista centrada na doença x entrevista centrada na pessoa

A partir de duas situações, a entrevista centrada na doença e a entrevista centrada na pessoa, podemos observar os resultados do tratamento após dois meses da abordagem de uma pessoa com diagnóstico de enxaqueca.

2.1 Entrevista centrada na doença

Médica: Você tem enxaqueca. Existem muitas opções de tratamento para prevenir e abortar as crises de dor. Outras coisas também são importantes, como controle da alimentação e atividade física para alívio do estresse. Você deve evitar analgésicos em excesso.

Paciente: Sim, doutora. Diga-me o que devo fazer.

Médica: É muito importante que você tome essas medicações que estou prescrevendo. Não abuse de analgésicos. Evite alimentos como café, chocolate, comidas gordurosas e queijos embutidos. Você deve caminhar pelo menos 30 minutos por dia e tentar relaxar. Passe lá na recepção e marque seu retorno para daqui a dois meses.

Paciente: Muito obrigada, doutora.

Após dois meses...

A paciente não conseguiu comprar todas as medicações prescritas na última consulta, pois, como ela já havia comentado, estava em dificuldades financeiras. Teve leve melhora, mas compareceu duas vezes à Unidade Especializada, com crises de enxaqueca. Acha que seu problema não tem solução e deseja fazer um exame mais complexo e uma consulta com neurologista para ver se está tudo bem.

2.2 Entrevista centrada na pessoa

Médica: Pelo seu relato e devido à ausência de alterações ao exame que realizei, você possui um tipo de dor de cabeça chamada enxaqueca. Já ouviu falar algo sobre ela?

Pessoa: Sim. Minha mãe tem enxaqueca, que parece muito com o que sinto.

Médica – (*explorando a experiência da paciente com a doença e criando vínculos*): Você tem estado muito preocupada com a sua saúde, não é?

Pessoa: Bom, um amigo que também tinha dores de cabeça morreu de tumor cerebral. Tenho medo de estar com o mesmo problema.

Médica: Existem muitas causas de dor de cabeça. Os tumores cerebrais podem se apresentar com esse sintoma, mas o tipo da dor é muito diferente da que você sente. Você tem dor de cabeça desde a infância, que piorou na medida em que aumentaram as situações de responsabilidade e tensão. Além disso, você tem usado um anticoncepcional com alta dosagem, o que pode piorar o quadro. Você observou que fez exame completo e nada há de anormalidades. No caso de problemas mais graves, como tumores, a pessoa tem dores de cabeça de início mais recente, que são bem diferentes. E a pessoa, geralmente, tem outros sintomas. Você se lembra de como eram as queixas do seu amigo?

Pessoa: Sim. Agora que a senhora falou, percebo que eram diferentes das minhas dores. Ele começou a ter fortes dores quase que subitamente, estava com certa dificuldade para falar e teve desmaio, foi internado de urgência e veio a falecer.

Médica: Vejo que agora está mais tranquila em relação a seu problema. Sua qualidade de vida não tem estado boa e, além disso, percebo que está meio deprimida.

Pessoa: Meu trabalho é pesado e, nos últimos meses, devido à redução de pessoal na empresa, tenho trabalhado dobrado. Não tenho dormido, nem me alimentado bem. De fato, não estou bem.

Médica: Você não teria alguma opção de emprego que a fizesse mais realizada?

Pessoa: Vou me esforçar para melhorar minha vida e procurar um trabalho em que me sintam mais feliz.

Médica: Realmente, o estresse piora muito as crises de enxaqueca, assim como horários irregulares de sono e alimentos tais como café, chocolates e queijos. Aqui está uma lista (entrega à paciente e explica) com os alimentos que mais frequentemente desencadeiam crise de enxaqueca. A pílula anticoncepcional pode piorar as crises. A enxaqueca é um problema crônico, mas tem controle quando é conduzido corretamente. Necessita de mudança em seus hábitos, além da medicação correta. Existem dois tipos de medicamentos utilizados: um para aliviar as crises na hora em que elas ocorrem, evitando sua ida a Urgências e o comprometimento de sua vida social, e outra medicação que é para prevenir as crises. Como você disse que no momento está

sem condições financeiras, você fará um esforço para comprar apenas o medicamento para as crises fracas ou moderadas (*a médica prescreve naproxeno*) e para crises fortes (*prescreve naratriptano*). Eles têm preço razoável e evitarão que precise usar outros analgésicos, como você tem feito. Se for necessário, poderá usar um medicamento para náuseas e vômitos (*prescreve metoclopramida*). Procure não abusar de analgésicos, pois seu uso excessivo piora a dor de cabeça. Você acha que podemos tentar dessa forma?

Pessoa: Sim.

Médica: Vou discutir com o enfermeiro sobre outros métodos contraceptivos mais indicados para você. Tem alguma dúvida sobre o que conversamos?

Pessoa: Não. Agora me sinto mais tranquila e vejo que preciso mudar meu estilo de vida.

Médica: A prática de atividade física é fundamental para você. A Associação Comunitária aqui do bairro possui um projeto que desenvolve atividade física à noite para quem trabalha durante o dia. É aberto a todos e gratuito. Tente se informar. Vai ser muito bom para você em vários aspectos. Bem, daqui a dois meses, eu gostaria de vê-la para nova avaliação. Nesse intervalo, se precisar de algo, inclusive se tiver crise de dor de cabeça, procure-me aqui na Unidade de Saúde. Procuraremos ajudá-la no que for possível.

Pessoa: Muito obrigada. Bem que minha mãe falou que a equipe de saúde presta um bom serviço à comunidade.

Após dois meses...

A pessoa atendida relata estar muito melhor e teve uma crise leve de enxaqueca desde a última consulta, aliviada pela medicação prescrita. As crises foram desencadeadas por situação de estresse no trabalho e ingesta de queijo. Diz ter se sentido mais tranquila desde a última consulta, pois teve suas dúvidas esclarecidas, considerou-se muito bem-avaliada pela médica, aprendeu a manejar seu problema de saúde e está segura de que não tem uma doença grave. Mantém as queixas em relação ao trabalho. A médica pergunta se ela não teria outras possibilidades de emprego e ela diz que sua irmã está tentando lhe conseguir uma vaga em uma loja de calçados. Está frequentando as aulas de ginástica da associação comunitária que a médica indicara e está menos ansiosa.

Unidade 2

Quero fazer um *check-up*

Unidade 2

Quero fazer um *check-up*

É necessário considerar, ao refletir sobre a prática desenvolvida em relação à saúde do adulto, aspectos culturais, sociais e históricos presentes no imaginário coletivo que contribuem com a construção da mentalidade do adulto de procurar a assistência somente quando sente a dor do corpo. Afinal, a saúde é silenciosa – preservá-la implica aprendizagem contínua do autocuidado (BRÊTAS, 2006).

Esta unidade, a partir do estudo de um caso clínico, objetiva uma concepção de avaliação periódica de saúde, procurando incorporá-la no cotidiano das equipes da Atenção Primária por meio do aconselhamento, rastreamento, imunização e quimioprevenção. São discutidas, em linhas gerais, as bases para o desenvolvimento das atividades essenciais relacionadas ao processo de trabalho da equipe.

Ao final desta unidade, espera-se que você seja capaz de:

- compreender a importância da avaliação periódica para o acompanhamento das condições de saúde do adulto;
- discutir as ações de aconselhamento e intervenções comportamentais necessárias à melhoria da qualidade de vida do adulto.

Seção 1

O caso de Alex

Dona Mônica chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) para fazer seu controle habitual de hipertensão arterial sistêmica (HAS), acompanhada de seu filho Alex, de 23 anos. Durante o atendimento com o enfermeiro Pedro Henrique, ela aproveita a oportunidade e solicita uma consulta para seu filho, que é cabeleireiro, já que ele mesmo se encontra de folga naquele dia. Alex relata que precisa somente de um *check-up*, pois dentro de alguns meses irá trabalhar nos Estados Unidos, “onde resolver questões de saúde é mais difícil”.

Diante da demanda de Alex, Pedro Henrique agenda uma consulta de enfermagem para a próxima semana. O agendamento programado nessa situação é pertinente, adequado aos padrões de acolhimento com classificação de risco, por ser um caso eletivo, não urgente.

VOCÊ JÁ SABE QUE:

Um dos desafios que a equipe de Saúde da Família vivencia é articular a demanda espontânea (casos agudos e urgências) com a demanda programada (atendimentos eletivos, ações de educação para a saúde, visitas, etc.) e outras ações (gerência administrativa, por exemplo). De acordo com Pinheiro (2009), a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreenderem as necessidades de um grupo populacional.

Este tema está exposto na “Unidade 3: Processo de trabalho em saúde”, do curso “Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção” (FARIA, 2019): Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processo-trabalho-em-saude-modelo-atencao_Versao_Final.pdf

A UNIDADE 3: “Marina e Célio” também tratará das particularidades destas demandas.

1.1 Continuando o caso de Alex...

Após o agendamento, Alex agradece a atenção do enfermeiro e se despede. Na saída, encontra Aline, sua vizinha e agente comunitária de saúde (ACS) da Equipe, com quem comenta sobre o agendamento da consulta e demonstra desânimo para comparecer à mesma, “afinal, queria apenas fazer alguns exames”. Aline aconselha-o a comparecer à consulta agendada e lhe esclarece que esta será uma oportunidade única para que ele faça um importante investimento em sua saúde. Na semana seguinte, Alex chega à UBS no horário marcado. Ele é recepcionado pela auxiliar de enfermagem Joana, que o cumprimenta cordialmente, solicita-lhe o cartão da UBS e separa o prontuário da família.

Ao acolher Alex, Joana lança mão de uma das estratégias utilizadas pela equipe de saúde para vincular as pessoas à UBS: o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa vinculação não deve ocorrer apenas como resultado da divisão geográfica de território (administrativa), mas também para a dispensação de cuidado – vinculação afetiva –, fazendo com que a pessoa reconheça na UBS seu ponto de referência, preferencialmente o primeiro contato com o sistema de atenção à saúde e local para a resolução da maioria dos seus problemas de saúde.

VOCÊ JÁ SABE QUE:

O formato do prontuário da Saúde da Família tem sido proposto para compartilhar as informações referentes à família e às pessoas que dela fazem parte, com o objetivo de articular a história de seus diferentes membros, seus laços consanguíneos (ou não) e afetivos (ou não), contextualizando-os no ambiente em que vivem.

Pretende-se, também, garantir que a informação contida no prontuário da Saúde da Família possa colaborar para que os princípios da Atenção Primária à Saúde sejam garantidos:

- **Princípio da longitudinalidade:** acompanhar o desenvolvimento e as mudanças no estado de saúde de pessoas ou grupos no decorrer de um período de anos.
- **Princípio da integralidade:** assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da pessoa e da população.
- **Princípio da coordenação:** disponibilizar informações acerca dos problemas de saúde e dos serviços prestados.

Além disso, objetiva-se garantir sua família e a rede de atenção à saúde, **com respeito à privacidade individual, exigida por razões éticas.**

PARA SABER MAIS SOBRE O PRONTUÁRIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA, CONSULTE:

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2876.pdf>.

DEMARZO, M. P.; OLIVEIRA, C. A.; GONÇALVES, D. A. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro.** São Paulo: UNA-SUS; UNIFESP, [201?]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf

A entrevista com Alex

O enfermeiro Pedro Henrique realiza o atendimento a Alex e registra os dados no prontuário, os quais se encontram assim sumarizados: trata-se de adulto do sexo masculino, jovem, 23 anos, alto e magro, com a pele bronzeada de sol. Mora com seus pais e dois irmãos na casa da família, no bairro, em ambiente tranquilo. Todos têm renda própria e ajudam nas despesas da casa. Trata-se de uma família aparentemente disfuncional, devido a provável alcoolismo do pai. Alex tem o ensino médio completo, é cabeleireiro e pretende se mudar para o exterior. Não apresenta queixas; relata doenças comuns na infância, sem complicações; nega internações pregressas e afirma desconhecer relatos de exames anormais. Sua demanda é por um *check-up*.

Durante a entrevista, Pedro Henrique indagou sobre os hábitos de vida de Alex. A alimentação consiste em lanches rápidos, ricos em carboidratos e gorduras, com consumo regular de refrigerante. A prática de atividade física é irregular. Alex relata que “bebe socialmente”, apesar de beber após o trabalho e nos finais de semana. Acha que fuma pouco, em torno de cinco cigarros ao dia, e não usa drogas ilícitas. Aprendeu a dirigir no carro de um amigo e, eventualmente, solicita o veículo emprestado, mesmo sem portar carteira de habilitação. Durante as relações sexuais usa camisinha, mas quando ingere bebida alcoólica acaba se esquecendo de usá-la. Alex desconhece seu histórico de vacinação, embora afirme ter o cartão em casa, responsabilizando-se por trazê-lo na próxima consulta.

O diálogo estabelecido entre o enfermeiro e Alex, durante a coleta de dados, acontece de forma tranquila e aparentemente informal, porém está repleto de intencionalidade. Possibilita, entre vários aspectos, conhecer seus hábitos de vida, permitindo que Pedro Henrique identifique **comportamentos de risco**, de forma a levantar subsídios para que o plano de cuidados seja estabelecido.

O exame geral de Alex:

Na avaliação de enfermagem feita por Pedro Henrique não se constataram anormalidades no exame de Alex, exceto a má higiene dentária. O peso e a estatura encontram-se dentro dos limites de referência, portanto, com índice de massa corpórea (IMC) dentro da normalidade. A pressão arterial é de 120 x 75 mmHg; a frequência de pulso é de 72 p.p.m. Não foram registradas anormalidades da pele; o esqueleto apresenta-se harmônico.

Quadro 1 - Cálculo do índice de massa corporal (IMC)

PARA RECORDAR O CÁLCULO DO IMC	
IMC (kg/m ²) =	$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m}^2\text{)}}$
Normal para adultos: abaixo de 25kg/m ²	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Embora um índice de massa corporal (IMC) 25 kg/m² esteja associado a risco aumentado de diabetes *mellitus* 2 (DM2) indivíduos de etnia asiática têm esse risco aumentado já em IMC 23 kg/m² (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Problemas e demandas de Alex

Finalizada a consulta de primeiro contato, Pedro Henrique constata que Alex apresenta algumas condições que implicam risco à sua saúde, tais como: hábitos alimentares inadequados, atividade física irregular, consumo frequente de bebida alcoólica, tabagismo, uso irregular de preservativo, histórico de vacinação desconhecido e inabilitação para direção veicular.

1.2 Vamos saber um pouco sobre Programas de Avaliação Periódica de Saúde (AvPS)?

Durante um atendimento cujo objetivo é AvPS, deve-se estar atento aos riscos de saúde para o paciente. Na entrevista, recomenda-se pesquisar fatores comportamentais (tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, hábitos dietéticos), bem como riscos ocupacionais, sociais e familiares, seguido de exame físico orientado para os riscos e história pregressa. É importante que haja interesse e motivação da pessoa avaliada e disposição do profissional de saúde para que se possa realizar uma boa prática na AvPS.

1.3 Por que fazer avaliação periódica de saúde?

Vários tipos de câncer, o DM2, as doenças isquêmicas e uma multiplicidade de outras condições mórbidas que ocupam posições de destaque nos perfis de mortalidade e morbidade imprimem expressiva sobrecarga sobre o sistema de atenção à saúde e contabilizam custos exorbitantes para instituições de saúde públicas e privadas. Poderiam, se não evitadas, pelo menos ter suas prevalências e complicações diminuídas mediante ações preventivas, tais como mudanças de comportamento de risco, rastreamento de fatores de risco ou de doenças em fase pré-clínica, prática de imunização ou mesmo estabelecimento de ações de quimioprevenção.

Segundo Woolf (2009), os cenários mais eficazes para a prevenção são os contextos da vida diária – o lar, o trabalho e a escola –, em que as pessoas fazem escolhas sobre hábitos de saúde. Ações promotoras de saúde e de caráter preventivo devem, também, constar da agenda de todo profissional de saúde, da UBS e das políticas públicas intersetoriais.

Ainda de acordo com Woolf (2009):

Os cuidados preventivos envolvem prevenção primária e secundária, mais do que a prevenção terciária. Prevenção primária refere-se aos esforços sobre pessoas assintomáticas (indivíduos sem sinais ou sintomas da condição-alvo) para prevenir a ocorrência de doença. Os exemplos incluem a cessação do fumo e imunizações. Prevenção secundária refere-se ao rastreamento de pessoas assintomáticas para detecção precoce de doença pré-clínica ou de fatores de risco. Exemplos incluem teste de Papanicolaou e medição de lipídeos séricos. Prevenção terciária refere-se aos esforços em pacientes com doença conhecida, a fim de evitar complicações relacionadas. Exemplo pode ser citado em relação ao rastreamento de retinopatia em pacientes com diabetes. A maior parte dos cuidados não paliativos que são administrados a pacientes com doença é, por definição, prevenção terciária. (WOOLF, 2009, p. 73).

Para Atkins (2009), cada vez mais é reconhecida a importância da prevenção primária e secundária como parte importante da Atenção Primária à Saúde do Adulto. Embora ações envolvendo cuidados preventivos possam ser oferecidas como parte do atendimento clínico habitual, a avaliação periódica focalizando a prevenção aumenta sobremaneira a aplicação de rastreamento apropriado e aconselhamento sobre estilo de vida.

NÃO SE ESQUEÇA DE QUE...

Alguns fatores de risco são responsáveis por grande parte dos anos potenciais de vida perdidos – pressão alta, fumo, baixo peso, excesso de peso, níveis inadequados de colesterol sérico e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Tais fatores podem ser amenizados com mudanças comportamentais. Lidar com a tendência mundial acerca do aumento das doenças crônico-degenerativas na população adulta é um dos desafios que estão sendo enfrentados nas UBS e é nesse espaço que há possibilidade de se encontrar essa faixa populacional antes do adoecimento (DUNCAN, 2013).

PARA SABER MAIS...

Para recomendações preventivas mais sistematizadas, baseadas em evidências e em benefícios que superam substancialmente os riscos, você poderá obter mais informações acessando: COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CONITEC. **Protocolo e diretrizes**. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Clinical guidelines and recommendations**. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/index.html>.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE SERVICES. **CTFPHC guidelines**. Disponível em: <https://canadiantaskforce.ca/>.

A atenção à saúde das pessoas pressupõe ações que envolvem o contexto comunitário, o familiar e o individual. Políticas, estratégias e ações voltadas para o bem-estar público, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos, são de fundamental importância para a saúde da população e pertencem ao âmbito das práticas coletivas. Esse conjunto de ações extrapola o agir das unidades de saúde, bem como do setor saúde, e adquire dimensão intersetorial, razão pela qual requer esforços conjuntos e ações articuladas.

De outra forma, a abordagem de famílias – quaisquer que sejam suas configurações ou a situação de risco – requer atenção das políticas públicas e, ao mesmo tempo, das unidades de saúde.

Do ponto de vista da abordagem individual, conforme expresso neste texto, é de fundamental importância que as unidades de saúde incorporem AvPS no âmbito de suas práticas cotidianas, entendidas como oportunidade na dispensação do cuidado às pessoas. Nesse sentido, a AvPS deve contemplar as **ações de aconselhamento, rastreamento, imunização e quimioprevenção**, sempre se levando em conta o sexo, a idade e os fatores de risco a que estão submetidas as pessoas e, de forma importante, o balanço entre riscos e benefícios de tais práticas.

Ações de aconselhamento: como atuar e obter mudanças comportamentais?

De acordo com Atkins (2009), fatores ligados ao estilo de vida – tabagismo, abuso de álcool, dieta, falta de atividade física e outros comportamentos de risco – contribuem para grande proporção de óbitos evitáveis. A literatura demonstra que intervenções de natureza comportamental são capazes de promover mudanças nos hábitos de risco, com resultados mensuráveis satisfatórios. Contudo, tais práticas, quando se referem a intervenções breves, são efetivas somente no que se refere ao controle do tabagismo e redução de problemas relacionados ao álcool. A indução de mudanças sobre outros comportamentos requer intervenções mais intensivas e duradouras.

PARA SABER MAIS...

Sobre as possibilidades das intervenções comportamentais, recomenda-se a seguinte leitura: **Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – a entrevista motivacional** (DIAS, 2009).

Para que sua equipe possa elaborar programas de intervenções sobre comportamentos-problema, é de fundamental importância que todos os membros da equipe estejam preparados para essas abordagens e que tais ações estejam apoiadas em protocolos muito bem construídos.

Para mais detalhes, consulte **Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço** (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os principais programas de aconselhamento e intervenção comportamental, como os estabelecidos pela Equipe (Quadro 2), aplicam-se, via de regra, à maioria dos programas de AvPS, pautados por evidências científicas e por critérios técnico-político-financeiros.

Quadro 2 - Programas de aconselhamento e intervenção comportamental

FOCO	POPULAÇÃO
Alimentação não saudável	Todos
Sedentarismo	Todos
Problemas relacionados ao álcool e/ou outras drogas	Dependentes de álcool e/ou outras drogas Famíliares e outras pessoas próximas
Tabagismo	Tabagistas
Risco de trauma	Todos
Higiene bucal	Todos
Proteção da pele	Todos
Atividade sexual	Todos

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

1.4 Um plano de cuidados para Alex

O enfermeiro Pedro Henrique reconhece a multiplicidade de cuidados a serem dispensados a Alex, um adulto jovem. Tomando por referência o Programa de AvPS da UBS em que trabalha, Pedro Henrique estrutura sua abordagem a partir do aconselhamento e das intervenções comportamentais. Pedro Henrique tem clareza de que não é indicado enfocar todos os elementos essenciais para a adoção de hábitos saudáveis em um único encontro. Com base nas informações colhidas na entrevista, Pedro Henrique elabora um plano de cuidados para Alex, definindo as prioridades e o cronograma de abordagem, tomando por objetivo a instituição de hábitos saudáveis, para mudanças de atitude que fazem a diferença em saúde.

Essas ações devem estar incorporadas na prática dos profissionais da equipe de saúde da família para sensibilizar, orientar e acompanhar pessoas, famílias e comunidades quanto aos benefícios de se manterem e/ou adquirirem hábitos saudáveis.

COMO VOCÊ SABE:

Hábitos saudáveis se constituem em um conjunto de atitudes que, somadas, trarão benefícios à pessoa mesmo quando adotadas de forma não plena, mas com tendência à incorporação definitiva ao longo da vida. É importante considerar que mudar radicalmente hábitos de vida é algo de difícil alcance. Trabalhar na perspectiva de reduzir riscos, intermediando mudança, a médio ou longo prazo, é uma forma de amenizar futuros problemas de saúde.

Ações de aconselhamento e intervenção comportamental: programa de atividade física

Para a atuação sobre o foco “sedentarismo”, a ação “Programa de Atividade Física Regular” deve ser aconselhada e estimulada, com a participação, preferencialmente, de profissional de Educação Física ou outro da equipe multiprofissional.

Mais esclarecimentos para a equipe podem ser obtidos com a leitura do curso “**Educação Física: atenção ao adulto**”, (BORGES, 2019), disponível na Biblioteca Virtual do Nescon, Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educacao-fisica_atencao-saude-adulto_Versao_Final.pdf.

Ações de aconselhamento e intervenção comportamental: programa de alimentação saudável

Para a atuação sobre o foco “alimentação não saudável”, essa ação, na linha do aconselhamento e da intervenção, também preferencialmente com a participação de profissional da equipe multiprofissional, deve ser implantada.

A Equipe, tomando como referência os aspectos epidemiológicos relacionados à saúde do adulto, está ciente de que as transições demográfica, epidemiológica e nutricional têm como uma de suas mais importantes consequências o crescimento relativo e absoluto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes. As DCNT têm etiologias multifatoriais e compartilham vários fatores de riscos modificáveis em comum, tais como o tabagismo, a inatividade física e a alimentação inadequada, com todos os seus cortejos clínicos, laboratoriais e epidemiológicos.

De acordo com Barreto (2005):

[...] Projeções para as próximas décadas indicam crescimento epidêmico das DCNT na maioria dos países em desenvolvimento, particularmente das doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. Os principais determinantes desse crescimento são: a) aumento na intensidade e frequência de exposição aos principais fatores de risco para essas doenças; b) mudança na pirâmide demográfica, com número mais alto de pessoas alcançando as idades nas quais essas doenças se manifestam com mais frequência; e c) aumento da longevidade, com períodos mais longos de exposição aos fatores de risco e mais probabilidade de manifestação clínica das doenças cardiovasculares (BARRETO, 2005, p. 43).

Mais alguns dados importantes sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se a principal prioridade na área da saúde no Brasil – 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. As DCNT são a principal fonte da carga de doença, e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. A morbimortalidade causada pelas DCNT é maior na população mais pobre. Apesar de a mortalidade bruta causada pelas DCNT ter aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%. A diminuição ocorreu particularmente em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, em conjunto com a implementação bem-sucedida de políticas de saúde que levaram à redução do tabagismo e à expansão do acesso à Atenção Primária em Saúde. No entanto, é importante notar que a prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando paralelamente à prevalência de excesso de peso; esses aumentos estão associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física (SCHMIDT, 2011). Além disso, dados da Pesquisa Nacional de Saúde — PNS (2013), citados em MALTA, 2019, mostram que mais de 45% da população adulta — 54 milhões de indivíduos — relata pelo menos uma DCNT.

Para o desenvolvimento de doenças crônicas, há um conjunto de evidências científicas a demonstrar que fatores ligados à alimentação estão envolvidos no desenvolvimento de obesidade, diabetes melito (DM) tipo 2, doença cardiovascular, câncer, doenças da cavidade bucal e osteoporose. São exemplos dessas associações:

- o consumo elevado de gorduras saturadas e colesterol dietético e o risco de desenvolvimento de doença coronariana, isquemia e outras doenças cardiovasculares;
- o alto consumo de gorduras totais e saturadas e o aumento no risco de alguns tipos de câncer, como os de intestino, reto, mama, endométrio e próstata;
- o baixo consumo de frutas e hortaliças e o risco de doenças isquêmicas, cerebrovasculares e cânceres gastrointestinais (BRASIL, 2010a; AZEVEDO, 2014).

Para fazer frente a esse grave problema de saúde pública – responsável por grande parte da demanda dos problemas crônicos assistidos, a Equipe assumiu, como um de seus programas mais importantes, as práticas orientadas para uma alimentação saudável. Esse programa se apoia no conhecimento, por parte da equipe, da importância da observância de uma dieta saudável. Estratégias de enfrentamento para qualquer hábito não saudável apoiam-se em ações no nível individual, mas tomam caráter aditivo amplamente benéfico se são conjugadas com ações no âmbito familiar e comunitário.

Ações de aconselhamento e intervenção comportamental: programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas

Após sucessivas reuniões em que se propôs discutir, negociar e elaborar seus programas de prevenção e aconselhamento, a Equipe considerou os problemas relacionados ao alcoolismo um programa prioritário e alvo de cuidados por parte de todos os seus profissionais.

Para que todas essas ações possam ser levadas a efeito e com sucesso, uma vez mais a Equipe faz questão de rever no “dicionário” da equipe os termos mais utilizados e que possam facilitar a comunicação e o entendimento entre os profissionais de saúde: abstinência, alucinógeno, compulsão, desintoxicação, dependência química, física e psíquica, drogas psicoativas, euforizantes, psicotrópicos, reabilitação psicossocial, efeito rebote, recaída, tolerância, uso abusivo, uso nocivo, vício (APÊNDICE A – GLOSSÁRIO).

Para investigar o consumo de álcool, os profissionais da Equipe assumem indagar de toda pessoa, durante sua AvPS, sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Esse processo é conduzido com bastante naturalidade à maneira como se indaga sobre hábitos alimentares, atividades físicas, etc. Uma vez confirmado o consumo de álcool, os profissionais buscarão identificar o padrão de consumo e as possibilidades de aconselhamento e intervenção.

Vale ressaltar que a participação do psicólogo da equipe ou de uma Unidade de Referência Especializada nessa abordagem é de grande valia, considerando-se a interdisciplinaridade no cuidar.

1.5 Outros programas de prevenção e aconselhamento

Além dos programas de prevenção e aconselhamento abordados nesta unidade, a Equipe conta com outros programas que se encontram detalhados em outros cursos. Para criar o protocolo de sua equipe em relação a esses programas, consulte-os.

E BOM LEMBRAR QUE:

Buscando ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, a articulação intersetorial – uma das estratégias para a promoção da saúde descrita na Política Nacional de Promoção da Saúde – tem como objetivos promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2018a).

Seção 2

Ações de rastreamento (*screening tests*)

Conforme salientado no início desta unidade, testes de rastreamento (*screening tests*) são indicados para detecção precoce de doenças em fase pré-clínica ou de fatores de risco. Contudo, a recomendação de rastreamento implica não somente benefícios para as pessoas, mas também, e de forma importante, riscos. Nesse sentido, profissionais de saúde, instituições e agências reguladoras precisam ter em conta que a indicação de testes de rastreamento visando à detecção precoce de doença pressupõe:

- a possibilidade – uma vez confirmada a doença – de que o tratamento altere significativamente a qualidade e a extensão de vida do paciente;
- a disponibilidade de métodos de tratamento aceitáveis;
- vantagens na detecção da doença no período assintomático sobre o sintomático, em termos de morbidade e mortalidade;
- que o teste tenha custo razoável para o paciente;
- que o teste tenha sensibilidade e especificidade as mais elevadas possíveis;
- que a frequência do problema seja alta o suficiente para justificar o seu rastreamento.

Aspecto importante diante do resultado de um teste de rastreamento, particularmente quando se tratar de teste diagnóstico, é o seu resultado. O profissional de saúde, ao solicitar um teste, deve estar atento aos resultados positivos e negativos verdadeiros, mas também de forma importante aos falso-positivos. Conhecer a sensibilidade e especificidade do teste, bem como seus valores preditivos, é da maior relevância.

O número de testes e de condições passíveis de rastreamento a serem aplicados na população geral e que apresentam efeitos benéficos é relativamente baixo. Recomendações para rastreamentos devem estar pautadas por critérios baseados em evidências e submetidas à avaliação técnico-financeira do município. A razão para tal se deve ao fato de que, muitas vezes, os rastreamentos são realizados de forma aleatória, não obedecendo a protocolos acordados com o município e, muitas vezes, incorre-se no risco da banalização do exame, deixando-se de atender aos critérios de indicação para o teste. Ainda, e de forma importante, rastreamentos,

via de regra, são ações a serem aplicadas à população geral, perdendo totalmente seu valor quando os critérios para sua indicação passam a não ser mais considerados.

Outro aspecto de grande relevância é o que se refere aos rastreamentos que são pautados por perfis de risco, como, por exemplo, o risco cardiovascular. Obviamente, em condições de excepcionalidade, que devem ser criteriosamente avaliadas, rastreamentos podem estar indicados quando se tratar de populações de alto risco.

Vale ressaltar que muitas recomendações para rastreamentos procedem de estudos levados a cabo por sociedades americanas, canadenses e/ou europeias; tais estudos jogam com realidades diferentes, tanto do ponto de vista populacional quanto do financeiro.

2.1 Sobre rastreamento

Detectar precocemente uma doença (rastreamento (*screening*)) significa diagnosticá-la em seu estágio pré-clínico, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma ou sinal no exame clínico. Os exames utilizados na detecção precoce de determinado tipo de doença, em geral não fazem seu diagnóstico, mas selecionam pessoas com mais probabilidade de tê-la para, então, realizarem exames específicos (DUNCAN, 2013).

De acordo com o cenário em que vive uma comunidade, deve ser definido um protocolo de rastreamento. Esse deverá ser alvo de discussão entre todas as equipes do município e o gestor de saúde, para que uma pactuação possa ser assumida.

O rastreamento enquanto programa deve ser oferecido à população somente quando comprovado que seus benefícios superam amplamente os riscos e danos, dessa forma, permitindo detecção precoce e tratamento de certas doenças. Entretanto, a adesão ao programa deve ser voluntária e entendida como direito dos cidadãos (BRASIL, 2010a, *online*).

A Equipe tem como referência para suas ações de rastreamentos o protocolo **Recomendações para ações de rastreamento em adultos**, com foco naquelas descritas para as situações mais frequentes no cuidado ao adulto na Atenção Primária à Saúde (Quadro 3).

O Programa de Educação Permanente da Equipe tem para si, de forma muito clara, que ações envolvendo rastreamentos requerem sistemático acompanhamento da literatura, para que possam sofrer atualizações contínuas.

Quadro 3 - Recomendações gerais de várias fontes para ações de rastreamento em adultos

Rastreamento	População-alvo, por idade	Ação
Hipertensão arterial	A partir dos 18 anos ⁽¹⁾	Medida da pressão arterial de rotina a cada dois anos para adultos com pressão arterial sistólica menor que 120 mm Hg e pressão arterial diastólica menor que 80 mm Hg. Medida anual para aqueles com pressão arterial sistólica de 120 a 139 mm Hg e pressão arterial diastólica de 80 a 89 mm Hg.
Dislipidemias	Homens acima dos 35 anos; Mulheres: idade igual ou superior a 45 anos com risco aumentado de doença arterial coronária. ⁽²⁾ .	Colesterol total, frações e triglicérides, a cada três a cinco anos
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	Acima de 45 anos de idade ou, em qualquer idade, de pacientes com sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial ou história familiar de DM2 ⁽³⁾	Glicemia de jejum, a cada três a cinco anos. Pacientes que tiverem resultados no limite superior do normal devem ser reavaliados em três a seis meses.
Câncer de mama	Mulheres de 50 a 70 anos (mais cedo, se for de grupo de alto risco) ⁽⁴⁾	Mamografia (com ou sem exame clínico da mama), bienal
Câncer colorretal	Homens e mulheres de 50 anos (mais cedo, se for de grupo de alto risco). ^{(5) (*)}	Pesquisa de sangue oculto nas fezes (anualmente) e colonoscopia, a cada 10 anos
Infecções sexualmente transmissíveis	População de 13 a 65 anos e pessoas de alto risco ⁽⁶⁾	Exame clínico e laboratorial
Câncer de próstata	Homens de 50 anos ou mais ⁽⁷⁾ .	Exame clínico da próstata: toque retal, antígeno prostático específico (PSA) total e livre
Câncer de colo do útero	Mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual: exame anual, a cada três anos depois de dois exames normais consecutivos ⁽⁸⁾	Papanicolaou (exame citopatológico)

Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

⁽¹⁾ MALACHIAS, 2016; USPSTF, 2007; ⁽²⁾ BRASIL, 2010a; USPSTF, 2014; CHOU, 2016; ⁽³⁾ BRASIL, 2006a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; ⁽⁴⁾ BRASIL, 2015a; ⁽⁵⁾ BRASIL, 2010a; ⁽⁶⁾ ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control, 2018; BRASIL, 2019a; ⁽⁷⁾ USPSTF, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019;

⁽⁸⁾ BRASIL, 2016a).

(*) Ver Quadro 7.

2.2 Hipertensão arterial sistêmica

Segundo Malachias (2016), na 7a. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, em consultório, a pressão arterial sistêmica (PA) deve ser medida em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados.

Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA \geq 120/80$ mmHg e $140/90$ mmHg.

A medição da PA pode ser feita com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos, com equipamentos validados e anualmente calibrados, conforme recomendações do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A PA deve ser medida no braço, devendo-se utilizar manguito adequado à sua circunferência (Quadro 4). Na suspeita de HA secundária à coarctação da aorta, a medição deverá ser realizada nos membros inferiores, utilizando-se manguitos com dimensões adequadas.

Quadro 4 - Dimensões do manguito para medição de pressão arterial, de acordo com a circunferência do membro

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

Fonte: modificado de MALACHIAS, 2016.

Na falta de um esfigmomanômetro sem manguito com dimensões apropriadas à circunferência do braço, podem ser aplicados fatores de correção para a pressão arterial sistólica e para a pressão arterial diastólica à PA medida (Quadro 5).

Quadro 5 - Fatores de correção da pressão arterial medida com manguito de adulto padrão (13 cm de largura e 30 cm de comprimento), de acordo com a circunferência do braço do paciente

Circunferência do braço (cm)	Fator de correção (mmHg)	
	Pressão arterial sistólica	Pressão arterial diastólica
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13

Fonte: MALACHIAS, 2016.

2.3 Dislipidemias

A Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (*United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), 2014) recomenda sistematicamente o rastreamento para dislipidemia aos homens com 35 anos ou mais, mas, se houver risco aumentado de doença arterial coronariana (DAC), a faixa etária cai para a idade entre 20 a 35 anos.

Em relação às mulheres, este rastreamento só está indicado para aquelas com idade igual ou superior a 45 anos com risco aumentado de DAC. Sem esse risco, não há recomendação a favor ou contra para homens de 20 a 35 anos e para mulheres de 20 anos ou mais. As orientações do Ministério da Saúde são similares desde 2010 (BRASIL, 2010a).

2.4 Diabetes *mellitus* 2

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019) afirmam que qualquer um dos testes aplicados no diagnóstico de diabetes *mellitus* 2 (DM2) pode ser usado no rastreamento (glicemia de jejum, glicemia de duas horas pós-sobrecarga ou hemoglobina glicada [HbA1c]). A glicemia de duas horas pós-sobrecarga diagnostica mais casos que o restante, mas é o teste menos utilizado. Quando mais de um teste é feito, com resultados discrepantes confirmados, considera-se aquele que diagnostica o DM2 ou o pré-diabetes.

Quanto ao intervalo entre os testes, embora não tenha sido determinado por nenhum estudo clínico, parece razoável recomendar um reteste a cada três a quatro anos para aqueles pacientes com baixo risco de desenvolver diabetes e que tiveram resultado prévio indubitavelmente normal. Para os pacientes com pré-diabetes ou com fatores de risco para desenvolvimento de DM2, recomenda-se o reteste anual. Já os pacientes que tiverem resultados no limite superior do normal devem ser reavaliados em três a seis meses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

2.5 Câncer de mama

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 50 e 69 anos e, contrarrecomenda para as faixas etárias acima de 70 anos. O MS orienta que a periodicidade do rastreamento com mamografia, nas faixas etárias recomendadas, seja bienal, considerada uma recomendação favorável forte, pois os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores (BRASIL, 2015a).

A Sociedade Brasileira de Mastologia recomenda a realização de mamografia a partir dos 40 anos, anualmente, até os 75 anos de idade (VIEIRA, 2017).

2.6 Câncer colorretal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para colonoscopia, quando disponível na Atenção Primária à Saúde são:

- investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial;
- sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orifical;
- episódio de melena no qual foi excluído origem do sangramento no trato gastrointestinal superior, sendo as mais comuns a doença hemorroidária e as fissuras anais;
- rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados;
- acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico (pólipos hiperplásicos pequenos (10 mm) no reto ou sigmoide).

Os fatores relacionados com maior risco de câncer colorretal são: tamanho do pólipos 1 cm; padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau; padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau. Se ocorreu câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos ou em dois familiares de primeiro grau em qualquer idade, solicitar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem. Se ocorreu câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados em familiar de primeiro grau com idade maior que 60 anos, solicitar colonoscopia aos 50 anos (ver Quadro 6) (BRASIL, 2016b).

Quadro 6 - Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia

Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia
Pólipos hiperplásicos pequenos (10 mm) no reto ou sigmoide	10 anos
Um a dois adenomas tubulares pequenos (10 mm)	cinco a 10 anos
Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos). Sugere-se acompanhamento em serviço especializado.
Três a 10 adenomas tubulares	três anos
Mais de 10 adenomas	três anos
Um ou mais adenomas tubulares menores ou iguais 10 mm	três anos
Um ou mais adenomas vilososos	três anos
Adenoma com displasia de alto grau	três anos
Pólipo serrilhado séssil menor que 10 mm sem displasia	cinco anos
Pólipo serrilhado maior ou igual a 10 mm ou com displasia	três anos
Síndrome de polipose serrilhada (*)	um ano

Fonte: Modificado de BRASIL, 2016b.

(*) cinco ou mais pólipos serrilhados, proximais ao sigmoide, com pelo menos dois menores ou iguais a 10mm; qualquer pólipo serrilhado, proximal ao sigmoide, com história familiar de síndrome de polipose serrátil; 20 pólipos serrilhados de qualquer tamanho no cólon.

A denominação pólipo serrilhado deriva de aspecto histológico dos pólipos hiperplásicos, que

[...] histologicamente são constituídos por criptas bem definidas, alongadas e /ou ramificadas, com borda interna de aspecto **serrilhado**, revestidas por epitélio colunar alto, com maturação preservada, contendo células caliciformes e absortivas. Trata-se de lesões benignas, não neoplásicas, mas podem fazer parte de lesões mistas, com componentes de adenoma, designado adenoma serrilhado, que tem características genéticas peculiares e é precursor de câncer [...] (BARBOSA, 2011) (*grifo nosso*).

2.7 Infecções sexualmente transmissíveis

Diferentemente da mamografia para o câncer de mama e outros rastreamentos, aquele proposto para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) estará sempre ligado a uma rede de transmissão, e, portanto, não se atém a apenas uma pessoa. O objetivo é a identificação e o tratamento do indivíduo e da(s) parceria(s), para que a IST não se perpetue na comunidade e exponha o indivíduo à reinfecção, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos (BRASIL, 2019a). Os dois principais fatores de risco para IST são práticas sexuais sem uso de preservativos e em idades mais baixas.

A sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018 (BRASIL, 2019b). Para o restante da população, a testagem para sífilis e demais ISTs não incluídas no Quadro 7 dependerá da avaliação de risco, devendo fazer parte da abordagem de gerenciamento de risco (BRASIL, 2019b).

De 2007 até junho de 2019, foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, e, no período de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV (BRASIL, 2019c). A ocorrência de outras IST (como sífilis, gonorreia, infecção por clamídia ou hepatites virais) aponta um alto risco de infecção pelo HIV.

O Quadro 7 descreve o rastreamento de ISTs recomendado por subgrupo populacional, respeitando o limite estabelecido pela prevenção quaternária, que é detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas (NORMAN, 2009).

Quadro 7 - Rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (continua)

QUEM	QUANDO				
	HIV ^(a)	Sífilis ^(b)	Clamídia e gonococo	Hepatite B ^(d) e C ^(e)	
Adolescentes e jovens (≤30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais		
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação);		Na primeira consulta do pré-natal	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre); Hepatite C: de acordo com o histórico de comportamento de risco para exposição ao HCV (f)	
Gays e HSH	Semestral	Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral		
Trabalhadores(as) do sexo					
Travestis/ transexuais					
Pessoas que usam álcool e outras drogas					
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e quatro a seis semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico		
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico		--	--	--
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico		--	--	--
PVHIV	--		Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			Semestral/anual	
Pessoas privadas de liberdade	Anual		Semestral	--	Semestral

Continua...

Quadro 7 - Rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (continuação)

QUEM	QUANDO	No atendimento inicial quatro a seis semanas após exposição		No atendimento inicial e seis meses após exposição	
Pessoas em uso de PrEP	HIV ^(a)	Sífilis ^(b)	Clamídia e gonococo	Hepatite B ^(d) e C ^(e)	
Pessoas com indicação de PEP	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais		
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; quatro a seis semanas após exposição e três meses após exposição	No atendimento inicial e quatro a seis semanas após exposição	No atendimento inicial e quatro a seis semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	No atendimento inicial e seis meses após exposição	

Fonte: ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*, 2018; Modificado de BRASIL, 2019a.

Notas: ^(a) HIV: preferencialmente com teste rápido. ^(b) Sífilis: preferencialmente com teste rápido para sífilis.

^(c) Clamídia e gonococo: detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta. ^(d) Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Recomenda-se vacinar toda pessoa susceptível a hepatite B. Pessoa susceptível é aquela que não foi vacinada, ou que foi vacinada, mas apresenta títulos de anti-HBs inferiores a 10 mUI/mL e HBsAg não reagente (ou teste rápido não reagente). ^(e) Hepatite C: preferencialmente com teste rápido. ^(f) É recomendada a realização da sorologia em gestantes com fatores de risco para infecção por HCV, como: infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de **transfusão ou transplante antes de 1993**, realização de hemodiálise e elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente.

HSH – Homens que fazem sexo com homens; PVHIV– Pessoas vivendo com HIV/aids; PrEP — Profilaxia pré-exposição; PEP — Profilaxia Pós-Exposição (*Post-Exposure Prophylaxis*)

Além dos grupos populacionais indicados no Quadro 7, os testes de HVB, HVC ou HIV podem ser considerados para heterossexuais que relatam comportamentos que os colocam em risco aumentado, como ter vários parceiros sexuais em série ou simultâneos ou uma história de IST.

Constituem um subgrupo de particular importância os adolescentes e jovens, principalmente se forem membros de qualquer um dos grupos populacionais identificados acima. Uma avaliação individual e um histórico de saúde sexual no contexto da epidemiologia local são essenciais para determinar o risco e oferecer adequadamente estes testes, juntamente com conselhos e intervenções para redução de danos (ECDC, 2018).

2.8 Câncer de próstata

O *U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE - USPSTF* (2018) recomenda que a decisão de realizar um rastreamento periódico do câncer de próstata com base em antígeno prostático específico (PSA) deve ser individual para homens de 55 a 69 anos. Antes de decidirem submeter-se ao exame, os pacientes devem ter a oportunidade de discutir os possíveis benefícios e malefícios da triagem com seu médico.

A triagem oferece um pequeno benefício potencial de reduzir a chance de morte por câncer de próstata em alguns homens. No entanto, muitos homens experimentam possíveis efeitos danosos decorrentes da triagem, incluindo resultados falso-positivos que exigem testes adicionais e possível biópsia da próstata; sobrediagnóstico e tratamento excessivo e suas complicações, como incontinência urinária e disfunção erétil.

Assim, ao determinar a conduta apropriada para cada caso, devem, o paciente — com base nos seus valores pessoais - e seu médico, considerar a relação entre benefícios e malefícios, no histórico familiar, raça/etnia, comorbidades, malefícios da triagem e os resultados do tratamento e outras necessidades de saúde. Os médicos só devem propor exames a homens que explicitem sua preferência pelo rastreamento (USPSTF, 2018).

A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado, para avaliação individualizada. Aqueles da raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. O rastreamento deverá ser realizado após ampla discussão de riscos e potenciais benefícios, em decisão compartilhada com o paciente. Após os 75 anos, poderá ser realizado apenas para aqueles com expectativa de vida acima de 10 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2018).

2.9 Câncer do colo do útero

Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero recomendam que o método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada três anos.

O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado.

Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2016a). Para mais detalhes, veja ARAÚJO, 2020.

2.10 Para pensar: realizar ou não exame de rastreamento?

O rastreamento pode ser definido como um processo de identificação de pessoas aparentemente saudáveis, mas com risco de desenvolver uma doença ou determinada condição clínica. Uma vez identificadas, se confirmadas com segurança (teste de elevada especificidade), essas pessoas devem receber um tratamento objetivando reduzir o risco e/ou complicação da doença ou condição.

O rastreamento está justificado quando todas essas condições podem ser garantidas, com evidências científicas de qualidade aceitável. Como em qualquer outra intervenção, o rastreamento pode causar dano, e essa possibilidade precisa ser criteriosamente avaliada antes de submeter indivíduos não doentes aos potenciais riscos do rastreamento, cotejando-se benefícios contra riscos e custos — análise de custo-efetividade (STEIN *in* DUNCAN, 2013).

PARA SABER MAIS SOBRE RASTREAMENTO...

Procure informar-se sobre “Rastreamento” no Caderno de Atenção Primária nº 29, MS/2010: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf (BRASIL, 2010a)

Consulte sempre referências, como as indicadas no Quadro 3, 6 e 7.

Seção 3

Imunização e quimioprevenção

3.1 Imunização

Você já sabe que, quando se fala em prevenção, temos uma velha e boa amiga: a imunização! Isso se justifica por que:

A imunização é um dos meios mais econômicos de prevenir a morbimortalidade por doenças infecciosas. A imunização de rotina, principalmente em crianças, resultou em reduções de 90% ou mais nos casos relatados de sarampo, caxumba, rubéola, síndrome da rubéola congênita, poliomielite, tétano, *Haemophilus influenzae* invasivo tipo b, varicela, hepatite A e difteria. Em muitas circunstâncias, a imunização em crianças e adultos não apenas previne a morbimortalidade, mas também reduz os custos dos cuidados de saúde a longo prazo (STRIKAS, 2019).

Ciente da importância do programa de vacinação – uma ação preventiva dirigida a todas as etapas do ciclo de vida humana –, a Equipe da Unidade, após sucessivas reuniões de seu Programa de Educação Permanente e leitura cuidadosa do Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (BRASIL, 2019c), assim listou os princípios mais importantes a serem observados pelos profissionais envolvidos com a vacinação. São eles:

1. Conservação de vacinas (manuseio, armazenamento e transporte) – desde sua origem, no laboratório, até sua aplicação na UBS, as vacinas necessitam atender às recomendações para manuseio, armazenamento e transporte, sem os quais elas podem perder sua eficácia, e seus efeitos não serem alcançados.

2. Sala de vacina – a sala de vacina é uma exigência da Vigilância Sanitária para toda e qualquer UBS. Para tanto, requer o atendimento a princípios rigorosos, para que haja adequada conservação das vacinas.

3. Estado imune desconhecido ou duvidoso/não assegurado – todos as pessoas adscritas à UBS necessitam ter seu estado imune conhecido em relação às vacinas aplicadas na Unidade e até mesmo fora dela. Na maioria das vezes, esse conhecimento se dará mediante apresentação do cartão ou por meio de informações confiáveis.

4. Cartão de vacina – é documento pessoal, no qual se registra o histórico de vacinação da pessoa, contendo os nomes das vacinas, data em que foram ministradas e, eventualmente, agendamentos, cumpridos ou não.

5. Calendário vacinal – o Ministério da Saúde, a partir do Programa Nacional de Imunização (PNI), estabelece um esquema vacinal para todas as faixas etárias da população brasileira. Salvo normas técnicas aprovadas no município, esta é a referência para a Atenção Primária no país.

6. Atraso no esquema – a interrupção no atendimento ao esquema vacinal de uma pessoa não implica ter que reiniciar toda a série. Diante de esquemas incompletos, basta completá-los. A vacinação ou revacinação de uma pessoa já imune não apresenta riscos adicionais.

7. Administração múltipla simultânea – a maioria das vacinas pode ser aplicada simultaneamente, em locais diversos, sem que isso implique aumento de reações adversas ou diminuição de sua eficácia. Existem poucas exceções a essa regra e isso deve ser de conhecimento da Equipe de Saúde, atentando-se, especialmente para o teste tuberculínico.

8. Combinações de vacina – tendência cada vez mais frequente à disponibilização, seja nas UBS ou em clínicas privadas, de vacinas combinadas. Tais vacinas são consideradas seguras e eficazes, não apresentando efeitos adversos ampliados quando comparadas com as vacinas não conjugadas.

9. Vias de administração – todo imunobiológico tem uma via e um local preferencial de administração. Além disso, existe um conjunto de normas técnicas para nortear a aplicação das vacinas.

10. Reações adversas – admite-se que não exista vacina completamente segura ou totalmente efetiva. Hipersensibilidade a componentes da vacina – tais como proteínas animais, antibióticos, preservantes e estabilizadores – pode provocar reações locais e sistêmicas: dor local, edema, eritema, enduração, febre, adenomegalias, etc., que variam de leves a graves (raras).

11. Contraindicações e precauções – infecções agudas febris, moderadas a graves, reações anafiláticas ou alergia importante aos componentes da vacina – tais como alergia a ovo ou a antibiótico – e eventuais efeitos adversos graves após doses prévias constituem-se nas contraindicações mais comuns à vacinação. Pessoas com comprometimento do sistema imunológico e gestante não devem receber vacinas de microrganismos vivos atenuados. Considera-se a infecção por HIV um caso à parte.

12. Situações especiais – uma série de condições clínicas, de caráter ocupacional ou de risco, tais como profissionais de saúde, pacientes esplenectomizados, idosos, viajantes, etc., orienta para a realização de determinados esquemas vacinais que devem ser de conhecimento da UBS.

Como ocorre em relação a todos os programas preventivos e de aconselhamento, a Equipe optou por elaborar um glossário, de forma a possibilitar a utilização correta dos termos e uma comunicação adequada, além de minimizar eventuais erros por parte dos profissionais.

Um programa de vacinação para adultos depende da idade, do estilo de vida, da ocupação e de condições médicas. Em atendimento às recomendações do Programa Nacional de Imunização (PNI) e dos Centros de Referência em Imunobiológicos (CRIE), a Equipe de Saúde deve seguir as recomendações governamentais, cuidando, periodicamente, de avaliar as atualizações.

CONSULTE O CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO (BRASIL)

Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao>

Ou pode ser baixado de:

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. **Calendário Nacional de Vacinação, 2020**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/files/imunizacao/calendario/Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf>.

IMPORTANTE CONHECER

Os Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE). Leia:

Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf (BRASIL, 2019d).

Uma multiplicidade de situações pode acarretar demandas à UBS, como dispensadora de cuidados primários, mas que deverá, também, responsabilizar-se pelo acompanhamento dos cuidados em outros pontos da Rede de Atenção do Sistema de Saúde. No caso da imunoprevenção, essas situações podem implicar o encaminhamento a Unidades Especializadas para indicações e aplicação de soros, de imunoglobulinas ou, até mesmo, de vacinas utilizadas em situações especiais. Para tanto, a UBS deverá estar preparada para fazer o encaminhamento adequado ou mesmo para consultar os órgãos públicos locais ou locais regionais competentes.

3.2 Quimioprevenção

São alguns exemplos de quimioprevenção:

- a indicação de uso regular de ácido acetilsalicílico – para reduzir o risco de infarto agudo do miocárdio em homens e de acidente vascular cerebral isquêmico em mulheres;
- a reposição hormonal pós-menopausa – para reduzir o risco de fratura e os sintomas menopáusicos perturbadores;
- o possível uso de quimioprevenção – para reduzir a incidência de câncer mamário invasivo em mulheres com risco aumentado;
- o uso de cálcio para a prevenção de osteoporose.

Com frequência, são publicadas novas diretrizes para cada uma desses exemplos e para muitos outros, o que exige constante atenção do profissional. São situações que, se possível, devem contar com a orientação de um especialista, levando em conta os riscos e os benefícios, de forma que as decisões busquem a melhor alternativa possível, após equilibrada discussão entre o profissional de saúde e o paciente.

Há, finalmente, que se ressaltar que na literatura não há evidências de benefícios com a suplementação rotineira de vitamínicos em pessoas com bons hábitos alimentares e de estilo de vida. Em muitas outras condições similares, os pacientes, com frequência cada vez maior, pedirão opinião do profissional de saúde, que sempre deve buscar fundamentos em publicações científicas ou pedir auxílio – uma interconsulta –, de um profissional especialista.

Unidade 3

Marina e Célio

Unidade 3

Marina e Célio

Esta unidade objetiva, por meio da apresentação e discussão de um caso clínico de infecção do trato urinário, a organização da demanda programada e espontânea, tomando como referência uma classificação de risco. Trata, também, das principais abordagens nos casos de oferta, solicitação e orientação em relação à testagem para sífilis e para o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Ao fim desta unidade, espera-se que você seja capaz de:

- argumentar sobre a importância da organização da assistência à saúde daquelas pessoas adscritas à UBS por meio da demanda espontânea e da demanda programada;
- discutir a organização do processo de trabalho para atender à demanda espontânea e à programada;
- analisar a importância do acolhimento com classificação de risco como uma estratégia de organização da assistência a ser apresentada aos pacientes;
- discutir as condutas adotadas nos casos clínicos apresentados nesta unidade do Curso.

Seção 1

O caso de Marina

Trata-se de Marina, que procura a Equipe e é acolhida pelo enfermeiro Pedro Henrique. Ele a ouve quanto às suas demandas. Marina relata que, há aproximadamente 24 horas, apresentou dor para urinar, urgência miccional, aumento da frequência urinária e diminuição do volume a cada micção. Informa que, com o desconforto na parte baixa do abdome e por se apresentar nauseada, não dormiu bem à noite e não conseguiu ir trabalhar.

Embora Marina não tenha consulta agendada, Pedro Henrique reconhece a necessidade da demanda espontânea e, pelo quadro apresentado, procede ao atendimento de enfermagem e verifica os dados vitais de Marina, que se encontram estáveis, com temperatura axilar em 37,5 °C.

Em síntese: o enfermeiro Pedro Henrique reconhece a necessidade de organizar a agenda da Equipe. Para tanto, não somente ele, como toda a equipe, vem trabalhando com a concepção de demanda espontânea e demanda programada, o que tem contribuído, e muito, para disciplinar o acesso, o acolhimento, o atendimento e a resolubilidade por parte da Equipe.

1.1 Demanda programada versus demanda espontânea

Vamos discutir um pouco como lidar com isso: demanda programada versus demanda espontânea — uma questão nevrálgica na organização da atenção.

As formas de acesso das pessoas à UBS podem se dar a partir da demanda espontânea ou da demanda programada. A demanda espontânea caracteriza-se por situações em que não há agendamento prévio da consulta, podendo se referir a um atendimento de emergência, de urgência ou mesmo a uma solicitação por atendimento que não se enquadra nessas situações.

Quando a pessoa busca por atenção em uma UBS, com queixa/problema agudo, ela deverá ser acolhida de imediato, de forma que se possa estabelecer avaliação objetiva com vistas a identificar ou excluir sinais/sintomas que denotem gravidade. Essa avaliação possibilitará à equipe definir pelo atendimento imediato, agendar uma consulta programada ou encaminhar para algum setor na própria Unidade ou para outro ponto da rede de atenção.

Para que essa avaliação possa se dar de forma sistemática, objetiva e eficiente, organizando a demanda e atentando-se para que não haja prejuízo ou agravamento das condições daqueles que requerem atenção imediata, é que se propõe a classificação de risco (BRASIL, 2013a).

Classificação de risco: orientando a prestação do cuidado

Eficiente no encaminhamento do caso, o enfermeiro se apoiou em um protocolo de classificação de risco que não se baseia em classificação por diagnóstico, mas por sinal e/ou sintoma. Trabalhar com classificação de risco permite à Equipe identificar critérios de gravidade para os atendimentos, ao mesmo tempo em que orienta a prestação do cuidado necessário.

O que é classificação de risco?

Classificação de risco é um processo dinâmico de identificação das pessoas que necessitam de tratamento, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Com base em critérios de classificação, os casos podem ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico que precisa ser de domínio de profissionais da equipe, que estejam plenamente capacitados para essa tarefa. Aplicada a classificação de risco, o profissional definirá pelo atendimento imediato ou pela consulta agendada/programada.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como (BRASIL, 2009a):

- humanizar e personalizar o atendimento;
- avaliar a pessoa logo na sua chegada, com o intuito de identificar a gravidade do caso;
- determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado de acordo com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso;
- informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera;
- promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
- dar melhores condições de trabalho para os profissionais;
- aumentar a satisfação das pessoas e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Nos casos em que se configura o atendimento imediato, o paciente poderá vir a receber tratamento definitivo, sintomático, permanecer em observação, ser encaminhado para internação ou para outro serviço de referência da rede de atenção à saúde.

Assim, para que seja eficaz o atendimento prestado pelo profissional capacitado, médico ou enfermeiro e por outros profissionais da UBS, a equipe deverá dispor de recursos materiais, medicamentos, de uma referência de Urgência, Atenção Secundária ou Terciária, caso haja necessidade de encaminhamento. Em casos de urgência, é necessário contar com um suporte seguro para a transferência — **SAMU 192** ou transporte sanitário, que constitui em um dos aspectos fundamentais na Atenção em Urgência e Emergência (MELO, 2018).

1.2 O enfermeiro Pedro Henrique toma uma decisão

Pedro Henrique abre um prontuário para Marina, após identificação da família com quem ela mora. Como se trata de um caso agudo e após ter feito sua classificação, agenda consulta com Renata, médica, que atende Marina cerca de uma hora depois de ela ter chegado à Unidade.

1.3 Marina é atendida pela Dra. Renata

A médica registra em seu prontuário: Marina L. P., 25 anos, natural de Belo Horizonte, MG; técnica em informática. Reside na casa dos tios maternos. Namora há quase três anos e está noiva há um ano de um rapaz de 32 anos, Célio, divorciado, técnico e proprietário da uma oficina de eletrônica, e que tem dois filhos, de sete e cinco anos. Pretendem se casar no final do ano.

Marina confirma suas queixas urinárias e informa que já teve outros quadros semelhantes. Nessas situações, não trata mais com médicos, fazendo uso de sulfametoxazol-trimetoprima, medicamento genérico, que consegue em alguma farmácia. Acredita esses problemas urinários são decorrentes de atividade sexual, embora tenha tido alguns episódios na infância. Fez uso do medicamento, pela última vez, há aproximadamente um ano, para tratar quadro semelhante. Desconhece história de infecções do trato urinário (ITU) recorrentes em familiares próximos.

Quer aproveitar a consulta para realizar exames e receber orientações sobre como evitar gravidez, já que não quer ter filhos imediatamente, pois deseja terminar seu curso de Pedagogia, que cursa à noite.

O casal não usa preservativos (sic); afinal, ela confia no companheiro com quem vai se casar, fazendo uso de tabela para evitar gravidez.

A médica realiza o exame físico de Marina, percebendo-a febril, com temperatura axilar de 37,8 °C, corada, hidratada, em bom estado geral. Demais dados vitais estão dentro da normalidade, a pressão arterial sistêmica (PA) no braço direito, assentada, é de 115 x 75mmHg. O exame do tórax e dos membros não mostra alterações. O exame do abdome revela peristaltismo presente na ausculta, leve desconforto à palpação profunda em hipogástrio e sem visceromegalias. O sinal de Giordano apresenta-se negativo, bilateralmente.

A médica registra a anamnese e o exame físico no prontuário e lista as situações-problemas e hipóteses para o caso de Marina, como:

- Adulta jovem, noiva, preparando-se para o casamento, sexualmente ativa e recorre a método de proteção e de contracepção de eficácia nula ou baixíssima, respectivamente.
- Infecção urinária? Baixa? Alta?
- Fator de predisposição para ITU?
- Uso recorrente de sulfametoxazol-trimetoprima.

Dra. Renata solicita exame de urina tipo I (rotina), prescreve um antitérmico e analgésico e agenda retorno para o mesmo dia.

PARA RECORDAR: Sinal de Giordano - punho percussão da região lombar dolorosa.

PARA SABER MAIS:

Veja e leia a **Unidade 8, Seção 6 Quadro clínico de infecção do trato urinário.**

Abordagem da família

Embora, no primeiro atendimento prestado à Marina, a médica não tenha aprofundado na investigação sobre a sua família nem sobre seu companheiro, essa abordagem será retomada por ocasião do trabalho da equipe no Grupo “Vida a Dois”, criado pela Equipe de Saúde da Família da Unidade.

Percebam que a atenção à Marina está focada, até este momento, em sua condição aguda – ainda que a médica já tenha feito alguma investigação a respeito da família, do relacionamento afetivo e dos projetos de Marina. Como se trata do primeiro contato de Marina com a UBS, certamente, em momento posterior, será feita avaliação sistemática da condição de saúde dela.

Completando a atenção à Marina

Marina retorna à técnica de enfermagem, que a orienta quanto aos exames solicitados e à coleta de urina. Dirige-se à farmácia, sendo orientada quanto ao uso correto da medicação, iniciando, já ali mesmo na Unidade, o uso do antitérmico e analgésico.

Às 15 horas, Marina retorna sem alterações do quadro clínico, apresentando-se afebril. Os exames são compatíveis com infecção urinária, não havendo cilindros leucocitários. A médica lhe prescreve antibiótico, do grupo das fluorquinolona, norfloxacino, 400 mg, de 12/12 horas, por três dias. Informa Marina sobre seu quadro e discute as possíveis causas. Orienta-lhe quanto à hidratação e eventuais complicações do quadro apresentado. Agenda retorno para o dia seguinte, às 10 h, e expede-lhe um atestado de afastamento do trabalho por três dias. O caso clínico é informado ao enfermeiro Pedro Henrique, que realiza anotação na planilha de condições agudas.

Infecção do trato urinário: um modelo de atenção ao paciente com condição aguda

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das condições clínicas mais frequentes na prática da Atenção Primária. Tendo sido reconhecida como uma condição aguda, Marina foi encaminhada para o atendimento, em escala de prioridade. Essa decisão possibilitou não somente o atendimento no mesmo dia, como também foi capaz de possibilitar a indicação do tratamento de forma imediata.

Acompanhamento de casos agudos/observação: aplicando o princípio de continuidade do cuidado

Um dos princípios fundamentais da Atenção Primária à Saúde é o que se refere à **continuidade do cuidado**. Em relação ao caso de Marina, não basta prestar o atendimento imediato e orientar o tratamento. É preciso que se adote um sistema de monitoramento para acompanhamento da evolução, de forma que indícios de melhora ou de agravamento da condição clínica possam ser detectados. A Equipe dispõe de um protocolo de observação / acompanhamento de todos os casos agudos que aportem na Unidade. Esse protocolo é importante porque possibilita ações por parte da equipe, como as referidas a seguir.

No dia seguinte

Marina não comparece à UBS no período da manhã. No período da tarde, o agente comunitário de saúde (ACS) se dirige à sua casa, encontrando-a acamada, sob cobertas. Retorna à Unidade e comunica o caso ao enfermeiro, que decide fazer uma visita à Marina.

Pedro Henrique encontra Marina desidratada moderadamente, ligeiramente taquipneica e taquicárdica, com PA de 110 x 70 mmHg e temperatura axilar em 38,3 °C. Comunica o caso à médica que, após examinar Marina, decide, juntamente com Pedro Henrique, por interná-la.

De volta à UBS, o enfermeiro faz as anotações pertinentes no prontuário e, em seguida, a médica preenche uma guia de internação, acompanhada de um relatório sucinto sobre a história clínica de Marina. O enfermeiro realiza contato com a Central de Leitos, que disponibiliza uma vaga para Marina, e aciona o transporte que a conduz junto com a técnica de enfermagem ao hospital.

1.4 O cuidado da saúde em equipe

O trabalho realizado pelo ACS, seguido pela visita de Pedro Henrique e finalizado pela discussão entre enfermeiro e médica, demonstra outro princípio importante da Atenção Primária: **o trabalho em equipe**.

Não se trata, aqui, de um processo que envolve transferência de responsabilidades de um profissional a outro; mas, antes, o compartilhamento de competências, uma prática em que a atividade de cada um tem consequência para a ação seguinte, contribuindo para promover a eficácia e a eficiência do cuidado dispensado.

Outro aspecto próprio do trabalho em equipe e da continuidade do cuidado é o que se expressa, aqui, pela preocupação da equipe com o prontuário de Marina, com o relatório que é encaminhado junto com a guia de internação e, também, com o acompanhamento prestado pela técnica de enfermagem à Marina.

Vale acrescentar que, em determinadas circunstâncias, as relações entre equipes da UBS e outros pontos da Rede de Atenção, incluindo o hospital, são de grande valia para o paciente, no seu acompanhamento durante todo o período de cuidado, como na internação. As relações eficazes de referência e contrarreferência possibilitam às equipes da Rede de Atenção melhor compreensão da evolução e do cuidado de cada pessoa.

1.5 As consultas de retorno de Marina

Após três dias: Marina recebe alta do hospital e fala ao ACS de sua microárea sobre seu relatório de alta. O relatório é levado à equipe. O enfermeiro solicita agendamento de uma consulta de retorno para Marina dentro de uma semana, caso a evolução do quadro continue sendo favorável.

Ao retorno, Marina é atendida pelo enfermeiro que, com base no protocolo de revisão periódica de saúde, indaga-lhe sobre:

- hábitos alimentares e de fumar;
- consumo de álcool e drogas;
- prática de atividades físicas;
- esquema vacinal;
- exames preventivos;
- prevenção de gravidez e de IST/Aids.

Com base nas informações prestadas por Marina, Pedro Henrique registra no prontuário os seguintes problemas/situações:

- estado vacinal ignorado;
- sedentarismo em jovem, sem fatores de risco aparentes;
- alimentação inadequada, hipercalórica, rica em carboidratos e gorduras;
- vulnerabilidade para IST/HIV-Aids;
- risco de gravidez não planejada;
- ausência de acompanhamento ginecológico.

Em continuidade, Pedro Henrique elabora o seguinte plano de cuidados para Marina:

- esquema de vacinação, incluindo vacina contra rubéola (se não houver gravidez);
- anticoncepção;
- orientação alimentar;
- orientação sobre atividade física;
- orientação sobre atividade sexual e uso de preservativos.

Integralidade do cuidado

Após as orientações realizadas pelo enfermeiro, Marina é atendida pela médica que lhe indaga sobre a persistência dos sintomas urinários, dos quais ela nega qualquer queixa. Em seguida, procede à ampla investigação sobre a história clínica de Marina e de familiares de primeiro grau, tendo em vista seu quadro de ITU recorrente. Marina informa, também, que já teve outros namorados, com os quais tinha relacionamento sexual não protegido, e que agora pretende se casar e, para tanto, quer fazer os exames que forem indicados.

Diante do exposto e considerando a história pregressa de Marina e seu parceiro, Célio, é recomendada a participação de ambos no Grupo “Vida a Dois” da Unidade.

A médica solicita para Marina exames de exploração do trato urinário e outros orientados para o contexto, sexo e idade de Marina, avaliação periódica de saúde (AvPS) e agenda o retorno.

Avaliação Periódica de Saúde: quando e para quê

Nessa ocasião, após estabilização clínica, foi possível à equipe iniciar a revisão da condição de saúde de Marina. Conforme já abordado, ações de natureza promocional e preventiva são os pilares dessa etapa, associada às demandas e aos problemas específicos apresentados por cada pessoa em particular.

Retorno após um mês: Marina comparece à consulta informando que se encontra bem e apresenta os resultados de exames dos quais a médica faz os seguintes registros:

- glicemia de jejum (GJ)= 82 mg/dl, (normal: < 100 mg/dl);
- colesterol total (CT)= 158 mg/dl, (normal: até 200 mg/dl);
- sorologia para hepatite B = HBsAg não reagente;
- sorologia para hepatite C = anti-HIV não reagente;
- os testes rápidos para HIV e sífilis serão solicitadas no trabalho do Grupo “Vida a Dois”;
- o estudo ultrassonográfico do trato urinário mostra-se, aparentemente, dentro da normalidade: *não há evidências de dilatações, nem sinais sugestivos de pielonefrite crônica.*

A médica explica a natureza dos achados para Marina, tranquiliza-a e orienta-a em relação aos exames e aos cuidados. Informa-lhe que fará acompanhamento de seu estado de saúde de forma que possam atentar para recorrências e, se necessário, para o estabelecimento de quimioprofilaxia.

Em seguida, Marina é submetida ao exame ginecológico, que se encontra dentro da normalidade: não houve dor à mobilização do colo e, ao exame especular, não foi constatada a presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo, e o teste do cotonete foi negativo. Foi feita a coleta de material para a realização do Papanicolau.

SAIBA MAIS SOBRE EXAME GINECOLÓGICO!

Para conhecer detalhes da avaliação ginecológica, consulte o curso Saúde da Mulher (ARAÚJO, 2020).

Agendamento de Marina

Ainda na Unidade, Marina retorna ao setor de enfermagem para reforços de seus esquemas vacinais e, como havia sido definido na reunião de equipe, a auxiliar de enfermagem agenda a participação de Marina e Célio no Grupo “Vida a Dois”.

Seção 2

O Grupo “Vida a Dois” da Unidade de Saúde

“Vida a Dois” é um grupo criado pela Equipe para trabalhar com todo e qualquer vínculo que se estabelece entre saúde e o compartilhamento de uma relação a dois, independentemente de credo, opção política e preferência sexual. É um grupo que busca trabalhar, também, preconceitos e homofobias. O grupo é coordenado por uma psicóloga e conta com a participação de todos os profissionais da saúde da Unidade, bem como com voluntários do bairro e de outras regiões. No grupo existem vários subprojetos, cada um dos quais sob a coordenação de um ou mais profissionais.

Marina e Célio são acolhidos no Grupo “Vida a Dois” e participam de atividades agendadas nas quais são abordadas questões como: sexualidade, intimidade, proteção sexual, contracepção, doenças sexualmente transmissíveis, práticas sexuais, relacionamento sexual. O grupo também trabalha com relacionamentos afetivos entre parceiros, casais, filhos, parentes, etc.

Célio e Marina participaram de atividades do grupo. Nessas atividades, foram, inclusive, levantadas questões sobre os filhos de Célio, o relacionamento com eles e até mesmo a preparação de Célio, de seus filhos e de Marina para uma gravidez futura.

2.1 Marina e Célio no “Grupo Vida a Dois”

Marina e Célio participam animados, informando sobre a marcação do casamento deles. A auxiliar de enfermagem aproveita para agendar a revisão periódica de saúde para Célio e, após o trabalho realizado no grupo, Marina e Célio receberam aconselhamento por parte da equipe do Grupo “Vida a Dois”.

Dra. Renata informou-lhes que era norma do Grupo, principalmente no caso de Marina e Célio, a oferta do teste rápido para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e para sífilis. Com a concordância dos dois, a Dra. Renata, então, encaminhou-os ao Posto de Enfermagem da Unidade. O Célio pediu para voltar no dia seguinte, pois, tinha um compromisso naquele momento.

2.1 Aconselhamento pré e pós-testagem para IST/HIV

A solicitação de testes para IST/HIV, o ambiente que isso envolve, a expectativa em torno do resultado, a comunicação do mesmo, as consequências da comunicação do resultado, os efeitos sobre o examinado e sobre sua vida de relação e o manejo de longo prazo de todo esse processo justificam a estratégia de aconselhamento pré e pós-teste para IST/HIV (BRASIL, 2003?; GIRÃO, 2006, ESTADO DE SÃO PAULO, 2017).

2.2 Aconselhamento pré-testes na USB

O processo de comunicação e o impacto decorrentes de resultado positivo para IST/HIV constituem-se em uma das situações de difícil manejo na Atenção Primária e requerem de todos os profissionais envolvidos nessa tarefa preparo e sensibilidade que os tornem aptos a lidar com essa situação. Nesse processo, o profissional capacitado deverá:

- reafirmar o caráter voluntário das testagens;
- avaliar com o paciente a realização ou não dos testes;
- verificar história anterior de testagens e riscos;
- trocar com o paciente informações sobre o significado dos possíveis resultados dos testes;
- reforçar para o paciente a diferença entre portador assintomático e doente;
- definir um plano viável de redução de riscos que leve em consideração as questões de gênero, vulnerabilidades para IST/HIV / Aids, diversidade sexual, uso de drogas e planejamento familiar;
- verificar o apoio emocional e social disponível ao paciente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);
- sondar “quem terá acesso aos resultados”;
- explorar reações tomadas no passado diante de situações de grande estresse, considerando com o paciente possíveis reações emocionais na espera dos resultados dos testes;
- considerar o significado dos testes negativos e atitudes diante deles;

- permitir ao paciente o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, prestando o apoio emocional necessário;
- perguntar sobre dúvidas e verificar o que foi compreendido;
- recomendar vacinas disponíveis para os susceptíveis (Hepatite B e HPV);
- agendar retorno.

2.3 Aconselhamento pós-teste diante de resultado negativo na UBS

Constituem-se objetivos importantes do aconselhamento diante de resultado negativo do teste para IST/HIV:

- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- lembrar que um resultado negativo significa que a pessoa:
 - 1) não está infectada ou
 - 2) está infectada tão recentemente que não produziu anticorpos para a detecção pelo teste;
- trocar informações sobre o sistema de testes e o conceito de “janelas diagnósticas e janelas imunológicas” e a necessidade de novos testes;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas mais seguras ante as IST/HIV Aids (preservativos, uso exclusivo de agulhas e seringas, etc.), também nesse período;
- informar sobre as relações das IST entre si, particularmente com o HIV;
- referenciar o usuário para os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio, enfatizando a importância de acompanhamento médico, psicossocial periódico, para a qualidade de vida;
- explorar comportamentos de risco.

2.4 Aconselhamento pós-teste diante de resultado indeterminado na USB

Constituem-se objetivos importantes do aconselhamento diante de resultado indeterminado do teste para IST/HIV:

- Explicar possíveis significados do resultado falso-positivo por razões biológicas ou do verdadeiro-positivo por infecção cujos anticorpos ainda não estão plenamente desenvolvidos;
- Reforçar a adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos de IST/HIV Aids;
- Orientar para a realização de nova coleta para repetir os testes rápidos ou encaminhar para uma unidade de referência;
- Considerar com o paciente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste e referenciar para apoio psicológico, se necessário.

2.5 Pós-teste diante de resultado positivo na UBS

Constituem-se objetivos importantes do aconselhamento diante de resultado positivo do teste para IST/HIV:

- fornecer o resultado clara e diretamente;
- permitir o tempo necessário para que o paciente assimile o impacto do diagnóstico e expresse seus sentimentos e para conversar sobre sentimentos e dúvidas, oferecendo apoio necessário;
- desmitificar sentimentos que associam IST/HIV/Aids a culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte e outros;
- reforçar que resultado positivo significa que a pessoa é portadora do agente infeccioso, podendo ou não estar com a doença desenvolvida;
- enfatizar que o paciente, mesmo sendo portador assintomático, pode transmitir a infecção, daí necessidade de adoção de práticas mais seguras para redução de riscos de reinfecção pelo HIV e outras IST;
- reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é

passível de cura ou de controle;

- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis.
- enfatizar a necessidade de o resultado ser comunicado aos parceiros sexuais, oferecendo ajuda, caso seja solicitada;
- orientar quanto à necessidade de os parceiros realizarem o teste para IST/HIV;
- explicar, em caso de gestante, as formas de transmissão vertical de algumas IST e do HIV, que podem ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento;
- esclarecer como os riscos desse tipo de transmissão podem ser minimizados pelo tratamento adequado, inclusive, no caso de HIV, pelo tratamento antirretroviral (TARV) e pela opção pelo parto cesáreo e pela não oferta de leite materno;
- explicar como se dão a transmissão de anticorpos maternos e o processo de soroconversão no recém-nascido e a necessidade de realizar o teste em todos os filhos nascidos após a infecção;
- abordar métodos de contracepção individualizada;
- falar sobre animais de estimação, evitando exposição ou lavando as mãos após lidar com eles, para minimizar riscos de outras infecções, como a toxoplasmose;
- orientar sobre como proceder em relação a viagens, seguindo as regras de quimioprevenção de pessoas imunocompetentes, evitando vacinas de vírus vivos, como febre amarela e poliomielite (Sabin).

PARA SABER MAIS

O aconselhamento em relação às IST/HIV Aids é um conjunto de orientações fornecidas no momento em que se solicita o teste, esclarecendo os resultados possíveis e suas implicações, as formas de prevenção e controle da infecção. É um processo de escuta ativa, individualizado e centrado na pessoa. Pressupõe a capacidade de se estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores. Tem como objetivo a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a redução do nível de estresse, quando a pessoa esteve exposta à situação de risco ou recebe resultado de teste positivo.

LEIA:

Aconselhamento em DST HIV Aids para a Atenção Básica (BRASIL, 2003b);

Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST HIV AIDS - Manual de assistência (ESTADO DE SÃO PAULO, 2017).

Seção 3

Testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Primária à Saúde

O atendimento imediato das pessoas com IST e de suas parcerias, além de uma finalidade diagnóstica e curativa, também visa à interrupção da cadeia de transmissão e à prevenção de outras IST e complicações decorrentes dessas infecções. Na gravidez, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno do HIV, da sífilis e das hepatites virais garante a prevenção da transmissão vertical.

A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde (SUS), forma o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico dessas infecções. De maneira particular, os testes rápidos são testes nos quais a execução, leitura e interpretação do resultado ocorrem em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial. Podem ser realizados com amostras de sangue total, obtidas por punção digital ou punção venosa, e também com amostras de soro, plasma e fluido oral.

Hoje, o Ministério da Saúde distribui aos serviços de saúde do SUS os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Esses testes podem ser realizados por qualquer profissional, desde que devidamente capacitado, presencialmente ou a distância.

O TELELAB

Consiste em uma plataforma de capacitação a distância do Ministério da Saúde, *on-line*, de livre acesso e gratuita, composta por cursos de diagnóstico das IST, incluindo aulas sobre os testes rápidos. Acesse:

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Diagnóstico e monitoramento**. Disponível em: <http://telelab.aids.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Diagnóstico e monitoramento: diagnóstico de sífilis**. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/95-diagnostico-de-sifilis>.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Diagnóstico e monitoramento: diagnóstico de HIV**. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/93-diagnostico-de-hiv>.

Os testes rápidos são imunoenaios simples, com resultados em até 30 minutos, realizados preferencialmente na presença do indivíduo (**teste presencial**), em ambiente não laboratorial, com amostra de sangue total obtida por punção digital ou amostra de fluido oral (BRASIL, 2018b).

As amostras obtidas por punção digital podem ser colhidas em qualquer local, desde que sejam respeitadas as normas de biossegurança: uso de equipamento de proteção individual (EPI), antissepsia das mãos e do local da punção, entre outros.

3.1 Sífilis

Um teste treponêmico, o teste rápido utilizado para triagem da infecção pelo *Treponema pallidum* baseia-se na tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral, que permite a detecção dos anticorpos específicos anti-T. pallidum no soro ou sangue total. Nos casos positivos (reagentes) para o teste rápido, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste laboratorial (não treponêmico, como o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), RPR (*Rapid Plasma Reagin*) ou o USR (*Unheated-Serum Reagin*)) para confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2015b, BRASIL, 2019a).

Se o paciente apresenta úlcera anogenital ou sinais/sintomas de sífilis secundária, ou teve parceria sexual com diagnóstico de sífilis, ou é gestante sem registro de tratamento prévio adequado para sífilis, deve ser tratado para sífilis recente e seu caso, notificado (BRASIL, 2019a).

Devido à grande quantidade de casos no país, a recomendação de tratamento imediato antes do resultado do segundo exame se estendeu para outras situações:

- a) vítimas de violência sexual;
- b) pessoas com sintomas de sífilis primária ou secundária;
- c) pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis e;
- d) pessoas com grande chance de não retornar ao serviço de saúde para verificar o resultado do segundo teste.

3.2 HIV

Os testes rápidos (TR) para HIV são também imunoensaios simples, com resultados em até 30 minutos. O método utiliza antígenos recombinantes HIV 1, teste 1 (TR1), e HIV 2, teste 2 (TR2), que reagem com anticorpos presentes em amostras de soro, plasma e sangue total. Assim como o teste rápido para sífilis, são realizados de preferência de forma presencial, em ambiente não laboratorial, com amostra de sangue total obtida por punção digital ou amostra de fluido oral.

Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade, a testagem para a infecção pelo HIV atualmente pode ser realizada em ambientes laboratoriais e não laboratoriais, o que permite ampliar o acesso ao diagnóstico.

Outros testes rápidos foram desenvolvidos utilizando-se como amostra o fluido oral (FO) coletado por meio de um dispositivo específico. O FO contém menor quantidade de anticorpos do que amostras de sangue total, soro ou plasma, mas, excetuando-se os casos de exposição recente, ainda os contém em quantidade suficiente para permitir o diagnóstico seguro da infecção pelo HIV. Apesar disso, vantagens do emprego desse teste superam sua limitação de sensibilidade. A coleta do FO, não sendo invasiva, simplifica a testagem do HIV, reduz o risco biológico e, sobretudo, amplia o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV nas populações prioritárias e populações-chave. Trata-se de importante recurso para as abordagens e cuidados passíveis de realização por Agentes Comunitários de Saúde, redutores de danos, educadores sociais e demais trabalhadores que atuam em ações extramuros para a identificação de possíveis casos de HIV de forma oportuna, voluntária, sigilosa e gratuita nos espaços de sociabilidade das populações-chave e prioritárias. Esse processo de testagem é considerado como triagem. Portanto, há a necessidade de encaminhar os indivíduos com resultado reagente aos serviços de saúde para conclusão do diagnóstico e inserção no cuidado contínuo. (BRASIL, 2018b).

Os testes rápidos de punção digital devem ser realizados, preferencialmente, no âmbito dos serviços de saúde. Os testes rápidos com amostra de fluido oral, não sendo invasivos, se utilizam fora do ambiente do serviço de saúde (DELANEY, 2006).

Há também os **autotestes** rápidos, realizados pela própria pessoa por punção digital ou com amostras de fluido oral; se for reagente, é indispensável que ela procure um serviço de saúde para conclusão do diagnóstico e inserção no cuidado contínuo (BRASIL, 2018b).

Seção 4

Marina e Célio: testes rápidos de sífilis e HIV

No Posto de Enfermagem, Pedro Henrique colhe o material de Marina para os testes rápidos e pede que espere pelos resultados. A Dra. Renata médica comunicou-lhes que os resultados eram os seguintes:

- sífilis - teste rápido: não reagente;
- HIV - teste rápido: não reagente.

Com esses resultados, Marina se dirigiu aos profissionais, afirmando: - Vocês estão vendo, não há qualquer problema comigo. Acho até que vou engravidar! Marina, após ouvir atentamente o aconselhamento pós-teste feito pela médica e pelo enfermeiro, despediu-se deles e deixou o Grupo.

4.1 Célio (no dia seguinte): testes rápidos de sífilis e HIV

No dia seguinte, como prometera, Célio volta à Unidade de Saúde. Como fizera com Marina, no Posto de Enfermagem, Pedro Henrique colhe o material de Célio para os testes rápidos e lhe pede que espere pelos resultados, que são passados para a Dra. Renata. A médica comunicou-lhes os resultados.

O enfermeiro Pedro Henrique e a médica Renata recebem Célio, que é informado sobre os resultados de seus exames:

- sífilis - teste rápido: não reagente;
- HIV (teste rápido – TR1) = reagente.

Dra. Renata e Pedro Henrique prestam informações a Célio sobre o significado daqueles resultados e lhe informam que é necessário um segundo teste rápido complementar (TR2). Célio diz que devem estar errados e que os resultados seguintes vão mostrar isso. Renata e Pedro Henrique escutam Célio com paciência, possibilitando-lhe expor os seus sentimentos em relação ao resultado do exame e dando-lhe o tempo necessário para que ele assimile o impacto do resultado.

O resultado do segundo teste rápido complementar também resultou reagente. Antes que a Dra. Renata possa continuar a comunicação, Célio a interrompe, dizendo: “se for verdade, prefiro a morte”.

Embora os testes rápidos apresentem alta especificidade e acurácia, resultados falso-positivos podem ocorrer; por essa razão, os testes complementares são necessários (BRASIL, 2013b, BRASIL, 2018b). Desse modo, Dra. Renata agenda de imediato uma consulta para Célio no Centro de Referência em IST/HIV-Aids mais próximo.

4.2 Célio e Marina depois de 30 dias – O Centro de Referência

Trinta dias depois, Célio e Marina procuram a Dra. Renata e o Enfermeiro Pedro Henrique para lhes dar notícia do atendimento no Centro de Referência. Marina, que fora junto e acompanhara a consulta, informou-lhes da confirmação do resultado positivo de Célio e disse: - Lá, eles colheram sangue para outros exames meus e do Célio. Deram-nos muitas informações, especialmente sobre como nos prevenir. Desde então, passamos a usar camisinhas em nossas relações. – Sempre, insistiram. Marina completou: - Pediram para voltarmos no dia seguinte, mas como tínhamos compromissos, eu e o Célio, só poderemos ir amanhã. Eles nos indagaram sobre detalhes de nosso relacionamento sexual e responderam a tudo que perguntamos. Até sobre nossa vontade de ter filhos, como vocês sabem, mas vamos deixar isso para mais tarde.

Pedro Henrique e Renata, nesse momento, dirigem-se a Célio e Marina e começam, de forma clara e acolhedora, a responder a algumas dúvidas ainda e, em seguida, reiteram-lhes uma série de orientações, que obtiveram no Centro de Referência. Especialmente, explicam-lhes a diferença entre profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP). E reforçam que camisinha continua sendo muito importante, pois, além do HIV, protege de outras ISTs e da gravidez indesejada, como é a situação de vocês no momento.

PARA SABER MAIS

a) Profilaxia pré-exposição (PrEP):

- é um estilo de vida para quem não tem HIV, mas se expõe ao vírus;
- consiste no uso oral e diário de dois medicamentos antirretrovirais em um único comprimido ((tenofovir (TDF) e entricitabina (FTC)), para prevenir a infecção por HIV;
- indicada a quem se expõe mais ao vírus (pessoas trans e travestis, gays e outros HSH, profissionais do sexo, e parceria sorodiferente ou sorodiscordante): deve ser tomada todos os dias para proteção do HIV;
- oferece um grau de proteção contra a infecção pelo HIV superior a 90%, quando tomada regularmente;
- não protege das outras IST ou das hepatites virais; assim, são obrigatórias as estratégias de redução de risco, sendo o uso do preservativo a melhor proteção para as ISTs;
- em casais sorodiscordantes heterossexuais, a PrEP também se mostra eficaz, mas a eficácia foi mais elevada entre homens (84%) do que entre mulheres (66%).

b) Profilaxia pós-exposição (PEP):

- é uma urgência;
- indicada para quem se expôs ao HIV em situações de sexo desprotegido, violência sexual e acidentes de trabalho;
- o esquema medicamentoso preferencial é o coformulado de TDF (tenofovir)+ 3TC (lamivudina) e DTG (dolutegravir);
- deve ser tomado em até 72 horas após a exposição ao HIV, por 28 dias.

Marina e Célio: concluindo

Célio ainda está um pouco atônito e Marina, muito atenta.

Pedro e Renata informam-lhes de que estarão sempre à disposição para orientá-los. Agendam, de imediato, sua inclusão no Grupo “Vida Mais” – o grupo interdisciplinar de acompanhamento de pessoas portadoras ou de risco de ISTs e, inclusive, de infectados pelo HIV.

O grupo, estruturado pela Equipe, já conta com cinco pacientes. Célio e Marina passam a ser a sexta e a sétima pessoas do Grupo.

Voltaram ao Centro de Referência no dia seguinte para conhecer o resultado de outros exames e saber se haveria a necessidade de receberem a terapia profilática ou o tratamento antirretroviral (TARV).

PARA MAIS INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE PESSOAS PORTADORAS DE ISTS/HIV, CONSULTE:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS**: diretrizes e procedimentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da saúde, 1998. 21p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profilaxia pré-exposição sexual ao HIV - PrEP HIV** orientação para profissionais de saúde: guia de consulta rápida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/97_5f112f4b03293ab224f3be25b630f692.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 149p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57787/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=57787&force=1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 52 p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64510/miolo_pcdt_prep_11_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=64510&force=1

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59183/pcdt_pep_2018_web_28_05_2018.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 248p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt_ist_fnal_24_06_2019_web.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1.

Conclusão da Unidade 3

Marina e Célio - Vida a Dois

Esta unidade buscou orientar os profissionais de saúde quanto ao gerenciamento diante de demandas espontâneas na Unidade de Saúde.

Como forma de prosseguir na atenção dispensada ao paciente com condição aguda de leve a moderada gravidade, foi empregado um protocolo de classificação de risco que, aliado ao protocolo de cuidados estabelecido pela equipe, foi capaz de norteá-la de forma satisfatória na condução do caso. Nesse sentido, utilizou-se a infecção do trato urinário como a condição aguda referência para a avaliação e condução.

Foi apresentada, também, uma sistemática para acolhimento, atenção e orientações dispensadas em situações que envolvem a solicitação e o recebimento de resultado de sorologia ISTs/HIV-Aids, ao mesmo tempo que se alertou para aspectos relacionados à vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis.

Unidade 4

Tenho medo de estar com
uma doença grave

Unidade 4

Tenho medo de estar com uma doença grave

“Se quiser conhecer um homem, pergunte-lhe com o que ele se preocupa” (BROWN, 2010).

Nesta unidade vamos estudar o caso de Michele, que suscita na equipe a abordagem de condições muito comuns na Atenção Básica: a enxaqueca (Seção 1), a lombalgia (Seção 2), a depressão (Seção 3).

A última seção, a Seção 4, termina com considerações sobre os tratamentos instituídos para Michele.

Espera-se que você aprofunde seus conhecimentos sobre cefaleia e lombalgia em função das prevalências, pela demanda que impõem ao serviço e pela frequência com que geram absenteísmo, valendo-se da condução clínica, da observação atenta e da demora permitida.

Como situação presente no caso relatado, e, muitas vezes, na prática associada às mais diversas condições de saúde ou de queixas, é abordada a depressão em “Falando um pouco sobre depressão”.

Espera-se que ao final da unidade você seja capaz de:

- identificar os sinais de alerta em pessoas com cefaleia;
- estabelecer sistematização para o cuidado de pessoas com enxaqueca;
- identificar sinais de alerta e estabelecer sistematização para o cuidado de pessoas com lombalgia;
- propor uma sistemática para acolhimento, abordagem e acompanhamento de pessoas com depressão;

Seção 1

O caso Michele: dor e humor: cefaleia, enxaqueca, lombalgia e tristeza

Michele comparece à UBS, sendo acolhida pelo enfermeiro da Equipe, Pedro Henrique. A queixa principal é traduzida pela expressão: **“Tenho medo de estar com uma doença grave”**.

Michele, 32 anos, solteira, atendente de *telemarketing*, apresenta dores de cabeça desde os 18 anos de idade. Refere aumento de frequência da cefaleia nos últimos seis meses, que se apresenta com caráter pulsátil, localização temporal, unilateral, associada a náuseas, vômitos e fotofobia. As crises ocorrem, em média, duas vezes por semana, desencadeadas por privação de sono, estados ansiosos e períodos longos de jejum, com discreta melhora com o uso de analgésicos comuns. Tem histórico familiar de enxaqueca. Nos períodos que antecedem as crises de dor de cabeça, Michele não apresenta sintomas visuais, como perda da visão, percepção de luzes ou pontos brilhantes, nem sensoriais, como sensação de formigamento (parestesias), vertigens ou dificuldade de fala. As crises de dor de cabeça têm sido responsáveis por constantes faltas ao trabalho em virtude das idas frequentes a serviços de urgência. Já consultou dois médicos particulares, que prescreveram analgésicos, sem melhora do quadro. Relata que, por várias vezes, esteve impedida de comparecer a eventos sociais importantes em sua vida, devido a crises de dor de cabeça. Refere preocupação de estar com uma doença grave na cabeça, pois seu amigo também sentiu dores de cabeça e foi a óbito em virtude de tumor cerebral, há oito meses.

Vive com os pais e trabalha como assistente de *telemarketing* há um ano, cumprindo 44 horas de trabalho, de segunda a sábado. Nessa atividade, sente-se estressada, pois é alvo frequente de reclamações por parte de pessoas que, descontentes com o serviço da empresa para a qual trabalha, agredem os atendentes pelo telefone, além de sofrer cobranças em demasia por parte de sua chefia. Relata não ter tempo nem dinheiro para atividades esportivas e de lazer. Namora há quatro anos. Não tem problemas de relacionamento em casa.

Histórico: nega tabagismo e etilismo. Último exame citológico do colo uterino foi há três anos, quando fez o exame clínico das mamas (13/07/2007). Faz uso de anticoncepcional oral de alta dosagem há oito meses. Calendário vacinal: vacinação para rubéola e febre amarela há dois anos (10/08/2008), antitetânica em dia (dT há três anos). Nega histórico familiar de doença cardiovascular ou câncer.

1.1 Cefaleia e enxaqueca (migrânea) na Atenção Primária

Na Atenção Primária, a cefaleia é um sintoma frequente. As mulheres são mais acometidas, sendo a faixa etária adulta a mais comprometida. Dados nacionais dão conta de que as cefaleias são responsáveis por 9% das consultas por problemas agudos em Atenção Primária (FREITAS, 2013).

Na maioria dos casos são cefaleias primárias, como enxaqueca, a cefaleia do tipo tensional, a cefaleia em salvas, e não se relacionam a uma doença de base. Outras são secundárias e podem corresponder a manifestações de alguma doença associada, tais como infecções sistêmicas em geral, intoxicações, neoplasias intracranianas, distúrbios vasculares e outras. Sua relevância reside no fato de estarem, às vezes, relacionadas a condições graves e para as quais se exige atenção e, às vezes, encaminhamento imediato a uma Unidade de Referência Especializada.

A Classificação Internacional das Cefaleias, 3ª Edição, em 2018, distribui as cefaleias em três grupos:

1. O primeiro grupo compreende as principais dores de cabeça, condições cujos mecanismos são eminentemente neuroquímicos — em outras palavras, a tendência a desenvolver ataques de cefaleia é o do próprio distúrbio];
2. As dores de cabeça secundárias, que compõem o segundo grupo, são causadas por algum distúrbio subjacente e lesões estruturais intracranianas;
3. O terceiro grupo inclui as neuropatias cranianas dolorosas, outras dores faciais e dores de cabeça não especificadas ou inespecíficas (KOWACS, 2019).

Na maioria dos casos, são cefaleias primárias aquelas que não se relacionam a uma doença de base, sendo exemplos a enxaqueca, a cefaleia do tipo tensional, a cefaleia em salvas. Elas podem ser bem conduzidas no âmbito da Atenção Primária, entretanto, algumas situações, mesmo entre as primárias, fundamentam a necessidade de encaminhamento a uma Unidade de Referência Especializada (STEINER, 2019).

São, pois, as cefaleias primárias as de maior importância na prática clínica na Atenção Primária. O Quadro 8 sumariza as principais características de cada um desses tipos de cefaleia primária e inclui um tipo de cefaleia secundária por sua frequência e importância, que é a cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

Quadro 8 - Resumo das manifestações que caracterizam os principais tipos de cefaleia na Atenção Primária

CARACTERÍSTICAS	CEFALEIAS PRIMÁRIAS			CEFALEIA SECUNDÁRIA
	Enxaqueca	Cefaleia tipo tensão	Cefaleia em salvas	Cefaleia por uso excessivo de medicamentos
Padrão temporal	Enxaqueca episódica: Crises episódicas recorrentes, durando de quatro horas a três dias; frequência de uma a duas por meses, mas variando de duas por semana a uma por ano, sem sintomas entre as crises.	Tipo episódica: Crises recorrentes, por horas ou poucos dias, de 1-14 dias por mês, sem sintomas entre os intervalos	Subtipo episódica: Ataques frequentes (geralmente ≥ 1 /dia) de curta duração (15–180 min), em crises recorrentes, geralmente uma ou às vezes duas vezes por ano, que geralmente têm duração de 6 a 12 semanas, com remissão por período igual ou maior que três meses.	Frequentemente é diária, em sua pior forma já surge pela manhã, com duração de horas ou contínua, podendo durar muitos dias (≥ 15 dias/mês).
	Enxaqueca crônica: Sem padrão episódico, dor por período igual ou maior que 15 dias, com características de enxaqueca por período igual ou maior que oito dias por mês.	Tipo crônica: ≥ 15 dias por mês, com frequência diária e sem remissão.	Subtipo crônica: Similar, mas sem remissão entre as crises.	
Localização	Uni ou bilateral	Bilateral	Estritamente unilateral (embora ocasionalmente ocorram variações de lado), ao redor dos olhos ou sobre a têmpora.	Variável, mais comum bilateral
Tipo de dor	Pulsátil e latejante	Em aperto ou pressão	Lancinante, em pontadas	Pressão ou aperto, não latejante
Intensidade	Moderada a intensa	Leve a moderada	Muito intensa	Leve a moderada
Sinais e sintomas associados	Aura (menor frequência); náusea e/ou vômitos, foto e/ou fonofobia	Subtipo frequente: nenhum específico; Subtipo crônico: às vezes náusea leve, mas não vômito.	Manifestações autonômicas ipsilaterais: olho vermelho e/ou lacrimejante, secreção ou obstrução nasal, ptose.	Raramente foto e/ou fonofobia, em geral sem náuseas ou vômitos
Reações comportamentais	Afastamento de atividade física (pode estar em repouso), preferência por ambiente escuro e silencioso	Nenhum específico	Agitação acentuada: a pessoa não consegue ficar parada durante os ataques	Grave prejuízo para a qualidade de vida.

Fonte: Adaptado de GARMILLA, 2009; BIVANCO-LIMA, 2019; STEINER, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALeia, 2020.

Este texto tratará apenas da abordagem clínica da enxaqueca com foco na Atenção Primária, embora se reconheça a importância das outras duas formas de cefaleia primária, a cefaleia tipo tensão e a cefaleia em salvas, e da cefaleia por uso excessivo de medicamentos, uma cefaleia secundária.

1.2 A abordagem clínica da enxaqueca

A enxaqueca é caracterizada por cefaleia intensa, pulsátil, habitualmente unilateral, fotofobia, fonofobia e náusea. É uma cefaleia de base biológica primária e frequentemente incapacitante. Muitos estudos epidemiológicos têm documentado sua alta prevalência e impactos socioeconômicos e pessoais. No **Global Burden Disease (Carga Global de Doenças)**, BD-2015, foi classificada como a primeira maior causa de incapacidade no mundo, tanto em homens quanto em mulheres com menos de 50 anos (SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALIA, 2018), e, a principal no Brasil, em 2016, juntamente com doenças dos órgãos sensitivos e da pele (MARINHO, 2018).

Na investigação de cefaleias, o Método Clínico Centrado na Pessoa se revela particularmente eficaz. Assim, além do tipo, do local e da intensidade, é fundamental a avaliação do estado emocional da pessoa: como ela percebe a informação dolorosa, sua capacidade de tolerância à dor, seu contexto social.

Para a maioria dos pacientes, mais importante do que um medicamento que alivie os seus sintomas é saber a origem do seu problema. Assim, o manejo das cefaleias, de modo especial no cenário de Atenção Primária à Saúde, inicia-se com boa relação profissional — paciente.

O diagnóstico de cefaleia é essencialmente clínico. A enxaqueca, a cefaleia tipo tensão, a cefaleia em salvas e a cefaleia por uso excessivo de medicação, um tipo secundário de cefaleia, são diagnosticadas apenas na história.

Algumas pessoas podem apresentar alguns sintomas neurológicos focais que precedem uma crise de enxaqueca, como: parestesias, disfasia, alterações visuais, vertigens. A presença desses sintomas caracteriza o que chamamos de aura. O tipo mais frequente é a **enxaqueca sem aura**, também conhecida como **enxaqueca comum**.

A anamnese detalhada e o exame físico completo, envolvendo, inclusive, análise neurológica sumária e exame de fundo de olho, são fundamentais, com atenção aos sinais e sintomas de alerta (Quadro 9), os quais podem configurar situação que exige referência a uma Unidade Especializada.

Quadro 9 - Sinais e sintomas de alerta das cefaleias e diagnósticos diferenciais

Sinais e sintomas de alerta	Diagnósticos diferenciais
Dor de cabeça de início súbito (explosiva*)	Hemorragia subaracnóidea, hemorragia em neoplasia ou malformação vascular, neoplasia
Cefaleia com características progressivas: intensidade, frequência, duração	Neoplasia, hematoma subdural, uso excessivo de medicação
Início recente de cefaleia $\geq$ os 50 anos	Arterite temporal, neoplasia
Início recente de cefaleia em paciente com infecção pelo HIV ou neoplasia	Meningite, abscesso cerebral, metástase
Cefaleia com manifestação sistêmica (febre, rigidez de nuca)	Meningite, encefalite, infecções sistêmicas, doenças vasculares do colágeno
Cefaleia com sintomas e/ou sinais neurológicos focais, alteração do nível de consciência, convulsões	Neoplasia, malformação vascular, acidente vascular cerebral, doenças vasculares do colágeno
Papiledema	Neoplasia, pseudotumor cerebral, meningite
Cefaleia consequente a trauma	Hemorragia intracraniana, hematoma subdural ou epidural

Fonte: Modificado de CASTRO, 2013; BIVANCO-LIMA, 2019; KOWACS, 2019.

* Atingindo a intensidade máxima em $\pm$ 1 minuto.

Se não houver sinais e sintomas de alerta, excluindo-se, assim, os diagnósticos diferenciais, o diagnóstico será de cefaleia primária, com foco especial para:

- (a) enxaqueca;
- (b) cefaleia tipo tensão e;
- (c) cefaleia em salvas.

A história de uso crônico de analgésico deve levantar a hipótese de cefaleia por uso excessivo de medicamentos, que, embora seja classificada como secundária, pode também ter importância prática na atenção primária. A enxaqueca pode se acompanhar de fatores deflagradores amplamente variados. O Quadro 10, que não é exaustivo, mostra alguns deles.

Quadro 10 - Fatores desencadeantes da enxaqueca

Agrupamento	Fatores desencadeantes
Aspectos emocionais e psicológicos	Estresse e ansiedade; fatores psicológicos; cansaço e exaustão mental
Aspectos fisiológicos	Tensão muscular no pescoço
Aspectos ambientais	Mudanças de temperatura atmosférica; poluição do ar
Estímulos sensoriais	Cheiros/odores: perfumes em geral e femininos, fumaça de cigarro, odor de comida, gasolina, incenso, café Fome, ruídos; estimulação visual, vestibular e vertigem induzida
Alimentação	Jejum; queijos amarelos envelhecidos, chocolate, frutas cítricas, frituras, carne suína, aspartame, alimentos contendo glutamato monossódico (molhos prontos, empanados, salgadinhos de pacote, realçadores de sabor), alimentos embutidos (mortadela, presunto, salsicha) e aqueles contendo cafeína (café, chás e refrigerantes à base de cola), bebidas alcoólicas, especialmente vinho tinto
Padrão de sono	Ritmo do sono; privação do sono e sono prolongado
Hormonal	Menstruação
Hábitos	Lavagem dos cabelos ou duchas; exposição à luz solar; associação da lavagem dos cabelos com exposição à luz solar, sentar-se em baixo da brisa do ventilador/ar condicionado ou aplicação de hena

Fonte: Modificado de CAREZZATO, 2014.

1.3 Enxaqueca: abordagem profilática

A abordagem profilática é fundamental no cuidado da enxaqueca, pois a diminuição das crises e seus espaçamentos determinam a resposta ao tratamento abortivo e evita o uso excessivo de medicamentos. Quatro ou mais crises por mês, dores debilitantes e uso excessivo de medicamentos são algumas indicações. Identificar e gerenciar gatilhos são estratégias úteis para prevenir enxaquecas.

Abordagem profilática não farmacológicas

Assim, aspectos não farmacológicos devem ser considerados e abordados adequadamente, em particular aqueles que levam a pessoa a reconhecer e evitar os fatores desencadeantes peculiares ao seu caso (Quadro 11).

Quadro 11 – Algumas medidas não farmacológicas da abordagem profilática da enxaqueca

- Adotar técnicas de relaxamento, controle de estresse.
- Distribuir adequadamente carga de trabalho, evitando acúmulo.
- Manter a rotina alimentar (não pular refeições).
- Eliminar alimentos identificados como desencadeantes das crises.
- Reduzir a ingestão de cafeína (café e chás).
- Manter a regularidade do sono, inclusive evitando estender o sono além do horário usual.
- Evitar o uso de analgésicos sem supervisão médica.
- Evitar exposição a luzes, ruídos e cheiros fortes.
- Praticar atividade física, mas não se exercitar em dias muito quentes.
- Buscar, quando possível:
 - Psicoterapia, técnicas cognitivo-comportamentais;
 - Acupuntura;
 - Fisioterapia.
- Submeter-se a tratamento ortodôntico, se for indicado.

Fonte: Adaptado de MONTEIRO, 2009; BORDINI, 2016; CHARLES, 2017; BINVACO-LIMA, 2019.

Abordagem profilática farmacológica

As indicações de abordagem profilática farmacológica da enxaqueca se descrevem no Quadro 12.

Quadro 12 – Indicações de abordagem profilática da enxaqueca

Quadro	Condição
Frequência das crises	Em geral quando ocorrem três ou mais crises por mês.
Grau de incapacidade importante	Considerar a indicação de profilaxia, mesmo quando a frequência for inferior à referida no item anterior: uma crise ao mês ou, mesmo, menos.
Falência da medicação abortiva	Ineficácia, uso abusivo ou excessivo, intolerância.
Ineficácia da profilaxia não farmacológica	Quando tiver sido essa a preferência inicial do paciente
Casos especiais	Como nos subtipos especiais de enxaqueca: basilar, com aura prolongada, auras frequentes e atípicas e infarto enxaquecoso.

Fonte: Modificado de CASTRO, 2013; BIVANCO-LIMA, 2019.

A terapia profilática farmacológica deve se orientar pela escolha do medicamento adequado para a pessoa, considerando os efeitos adversos mais comuns e as contraindicações. A dose inicial deve ser a mais baixa possível, possibilitando o aumento gradual até a dose máxima recomendada para se alcançar o efeito desejado. Ao ser alcançado esse efeito, o tratamento deve ser mantido por seis meses, quando será avaliada a redução progressiva do medicamento até – se for possível – sua suspensão total. Frequentemente, aquelas pessoas que têm três ou mais crises por mês se beneficiam da terapêutica profilática.

Quando esse é alcançado, o tratamento deve ser mantido por seis meses, quando será avaliada a redução progressiva do medicamento até — se for possível — sua suspensão total. Alguns medicamentos habitualmente prescritos para prevenção das crises de enxaqueca estão no Quadro 13.

Quadro 13 – Alguns medicamentos para prevenção da crise de enxaqueca

Medicamento	Dose inicial (mg)	Dose alvo diária	Número de tomadas por dia	Efeitos adversos comuns	Contraindicações
Primeira linha					
Ácido valproico	250 mg	1.500	2 a 3	Alopecia, astenia, náusea (comum), sonolência, tontura, tremor, ganho de peso, insuficiência hepática, pancreatite, trombocitopenia.	Hepatopatia, gravidez
Topiramato	25	100 a 200	1 (noite)	Parestesia (comum), diminuição do apetite, náusea, dificuldade de concentração e de memória, problemas de linguagem, fadiga, propensão para nefrolitíase, acidose metabólica.	Hepatopatia, gravidez, predisposição para nefrolitíase
Metoprolol	25	50 a 200	2	Bradicardia sinusal, broncoespasmo, depressão, fadiga, hipotensão, impotência.	Asma, bradicardia, DPOC, BAV de segundo e terceiro grau, insuficiência cardíaca, asma, broncoespasmo
Propranolol	20 a 40	120 a 240	2 a 3		
Timolol	5 a 10	20 a 30	1 a 2	Bradicardia sinusal, broncoespasmo, depressão, fadiga, hipotensão, impotência	Asma, bradicardia, DPOC, BAV de segundo e terceiro grau, insuficiência cardíaca, asma, broncoespasmo
Nadolol	20 a 40	160	1 a 2		
Segunda linha					
Amitriptilina (*)	10	25 a 75	1 (noite)	Visão turva, constipação, diminuição do limiar convulsivo, boca seca, hipotensão ortostática, alongamento do QTc, sedação, taquicardia, retenção urinária.	Não usar com Inibidores da MAO (esperar duas semanas), IAM (aguardar três a quatro semanas), distúrbio da condução cardíaca, distúrbio convulsivo, prostatismo, íleo paralítico, glaucoma de ângulo fechado.

Fonte: Modificado de CASTRO, 2013; CHARLES, 2017, HIEN, 2019.

(*) **Considerado medicamento de escolha e de primeira linha por alguns autores.**

AVC = acidente vascular cerebral; BAV = bloqueio atrioventricular; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; IAM = infarto agudo do miocárdio; MAO = monoamina oxidase; QTc = intervalo QT corrigido

1.4 Enxaqueca: abordagem das crises

A administração de terapias para enxaqueca aguda no início de um ataque, antes que os sintomas sejam graves, está associada a uma melhor eficácia do que a administração posterior. Portanto, é importante educar os pacientes a reconhecer os sintomas premonitórios para que possam iniciar o tratamento assim que a dor começar. Naqueles casos em que a dor é moderada ou grave, o início do tratamento pode se antecipar ao início da dor.

Nas crises leves, recomenda-se repouso em quarto escuro, evitando barulho e, se possível, conciliar o sono.

Se a crise leve não ceder com medidas gerais, sugere-se o uso de analgésicos comuns (dipirona, ácido acetilsalicílico, paracetamol) ou anti-inflamatórios não esteroides [AINE], que são medicamentos não específicos e mais indicados para as crises leves a moderadas.

Nas crises moderadas, se analgésicos e AINE são insuficientes, acrescentam-se os medicamentos específicos, os triptanos e, em situações muito especiais os derivados do ergot. Deve ser evitada a administração de opioides (BORDINI, 2016).

Mesmo quando o não houver vômito, os antieméticos podem ser necessários, pois melhora a gastroparesia que acompanha a enxaqueca, aumentando a absorção oral dos analgésicos.

O Quadro 14 relaciona os medicamentos mais frequentemente utilizados na abordagem farmacológica das crises de enxaqueca.

Quadro 14 - A abordagem farmacológica das crises de enxaqueca (continua)

CRISES LEVES A MODERADAS			
Analgésicos e AINEs	Posologia	Efeitos colaterais	Contraindicações
Dipirona (*)	500 mg, VO; repetir após 2-4 horas, s/n, até o máximo de 2 g/dia	Hematológico: reação alérgica grave; diminuição dos glóbulos brancos no sangue; Dermatológico: erupção cutânea; cardiovascular: hipotensão arterial transitória.	Asma; deficiência de glicose-6-fostato-desidrogenase; hipersensibilidade a derivados pirazolônicos; porfiria; gravidez e amamentação.
Ácido acetilsalicílico	1 g, VO; repetir 2-4 horas após s/n, até o máximo de 3 g/dia	Efeitos antiplaquetários e gastrointestinais	Hipersensibilidade, risco hemorrágico, ou de asma induzida por AAS/AINE
Paracetamol	1 g, VO; repetir 2-4 horas após s/n, máx. de 3 g/dia	Possível hepatotoxicidade com doses elevadas	Doenças hepáticas graves
Dipirona, 300 mg + isometepto, 30 mg + cafeína, 30 mg	Uma a duas drágeas (em dose única) a cada seis horas ou quadro vezes ao dia; dose diária máx. de oito drágeas	Idem dipirona	Idem dipirona
Ibuprofeno	800-1.200 mg, VO; repetir após 2-4 horas, s/n, máx. 1.600 mg/dia	Efeitos gastrointestinais, úlceras e hemorragias, problemas cardiovasculares, toxicidade renal (doses elevadas, uso prolongado ou doentes de risco).	Insuficiência renal ou hepática graves, úlceras ou hemorragias gastrointestinais prévias, insuficiência cardíaca congestiva, doença inflamatória intestinal, hipersensibilidade ao AAS ou a AINE. Em doentes com asma ou hipertensão só devem ser usados após avaliação do risco-benefício.
Diclofenaco	50-100 mg, VO; repetir após 2-4 horas s/n, máx. 200 mg/dia		
Naproxeno	750 - 1.250 mg, VO; repetir após 2-4 horas s/n, máx. 1.650 mg/dia		
CRISES MODERADAS, SE HOUVER FALHA DE ANALGÉSICOS E AINEs			
Triptanos	Posologia	Efeitos colaterais	Contraindicações
Zolmitriptano (**)	1,5 – 5mg	Rubor, tonturas, fadiga, sonolência, dispneia, ansiedade e palpitações. Sensação de dor ou opressão no peito, dor ou rigidez no pescoço. Isquemia vascular periférica ou gastrointestinal, fenômenos de Raynaud.	Hipertensão não controlada, doença cardiovascular ou cerebrovascular. Insuficiência hepática grave. Precaução se existem fatores de risco cardiovascular, inclusive diabetes. Síndrome serotoninérgica (agitação, náuseas, palpitações e sudação) se usados com ISRS ou ISRSN. Não usar até 24 horas após o uso de outro triptano ou derivado do ergo. Não usar com IMAO, suspender e aguardar até duas semanas.
Sumatriptano (**)	25 – 50 mg		
Eletriptano	20 – 80 mg		
Rizatriptano	5 - 20 mg		
Frovatriptano	2,5 - 5 mg		
Almotriptano	6,25 - 25 mg		
Naratriptano	2,5 - 5 mg		

Continua...

Quadro 14 - A abordagem farmacológica das crises de enxaqueca (continuação)

Analgésicos e AINEs	Posologia	Efeitos colaterais	Contraindicações
CRISES MUITO SEVERAS (MUITO PROLONGADAS E REFRATÁRIAS) (***)			
Corticosteroides	Posologia	Efeitos colaterais	Contraindicações
Prednisona	40 - 60 mg/dia, VO, três a cinco dias	Efeitos colaterais do uso de corticosteroides: reações adversas gastrointestinais; aumento do apetite; hipopotassemia; hiperglicemia; retenção hídrica e edemas e elevação da pressão sanguínea; insônia; nervosismo, euforia; variadas manifestações dermatológicas; irregularidade menstrual; atrofia muscular; fratura; osteoporose; catarata; aumento da pressão intraocular.	Hipersensibilidade a corticosteroide; durante o tratamento de neurite óptica; tuberculose pulmonar ativa ou latente; paciente com infecção ocular por herpes simplex; evitar imunizações quando em uso do produto.
Dexametasona	8 – 16 mg, IM		
Antieméticos / gastrocinéticos (****)			
Medicamentos	Posologia	Efeitos colaterais	Contraindicações
Metoclopramida	10 a 20 mg (retal, IM ou EV)	Sonolência, sintomas extrapiramidais, síndrome parkinsoniana, acatisia.	Histórico de discinesia tardia induzida por neurolépticos ou metoclopramida; doença de Parkinson; em pacientes epilépticos
Domperidona	10 a 60 mg (retal ou IM).	Sedação, inquietação (acatisia), reações distônicas	Insuficiência hepática

Fonte: Modificado de MACHADO, 2006; CHARLES, 2017; BIVANCO-NETO, 2019; SIMÓN, 2019.

AINEs: anti-inflamatórios não esteroides; EV: via endovenosa; IMAO: inibidores da monoaminoxidase; IM: via intramuscular; ISRS: inibidores seletivos da recaptação da serotonina; ISRSN: inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina; VO: via oral; s/n: se necessário. As apresentações para aplicação IM e EV são mais utilizadas em Unidades de Emergência.

(*) Estudos recentes mostram maior eficácia da dipirona em relação ao ácido acetilsalicílico e ao paracetamol; seu uso ganha a preferência para a pessoa que não apresente nenhuma contraindicação (BIVANCO-NETO, 2019).

(**) Além de comprimido, há apresentação do sumatriptano em spray nasal e do zolmitriptano em spray nasal (pacientes com náuseas importantes e vômitos) em comprimidos (oro-dispersíveis).

(***) Nas crises muito severas (muito prolongadas e refratárias), há indicação de encaminhamento a uma Unidade de Referência,

(****) Todos podem vir associados a analgésicos e AINEs.

Por fim, o Quadro 15 ressalta alguns aspectos clínicos e marcantes sobre a abordagem da enxaqueca.

Quadro 15 - Alguns aspectos clínicos e marcantes sobre enxaqueca

A enxaqueca é subdiagnosticada.

Cefaleia recorrente associada à sensibilidade à luz, náusea ou capacidade reduzida de função é provavelmente enxaqueca, independentemente de outras características da dor de cabeça.

A conduta deve incluir o estabelecimento de um diagnóstico preciso, a identificação e modificação de possíveis fatores exacerbadores e desencadeantes (incluindo medicamentos), o desenvolvimento de um plano terapêutico que inclua a abordagem de ataques agudos e a definição da necessidade de terapia preventiva.

Os medicamentos em uso pela pessoa devem ser avaliados como possíveis fatores agravantes. A estilo de vida adequado deve ser estimulado (dieta, ingestão de cafeína, sono e exercício) e uma estratégia para o tratamento de ataques agudos com triptanos, AINEs, antieméticos ou uma combinação desses agentes deve ser desenvolvida, com ênfase no tratamento o mais precoce possível após os primeiros sintomas e sinais de enxaqueca.

As crises agudas, leves e moderadas podem ser manejadas com antieméticos, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais (individualmente ou em combinação). O tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível após o início de um ataque e mesmo nos pródromos das crises.

As crises de moderadas a intensas devem ser manejadas com triptanos ou analgésicos potentes (evitar uso crônico de analgésicos, que podem induzir uma cefaleia secundária).

Nos casos de crises frequentes, deve ser considerada a profilaxia com betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivantes com base na frequência e gravidade dos ataques, resposta a medicamentos e na busca de condições agravantes.

Fonte: Modificado de CHARLES, 2017.

PARA SABER MAIS, VEJA:

Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento profilático da cefaleia migrânea (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALeia, 2002).

Consenso Latino-Americano para as Diretrizes de Tratamento da Migrânea Crônica (GIACOMOZZI, 2012).

Classificação Internacional de Cefaleia (SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALeia, 2018).

Consensus of the Brazilian Headache Society on the Treatment of Chronic Migraine (Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia sobre o tratamento da migrânea crônica) (KOWACS, 2019).

E sempre devem ser consultados os sites:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALeia: <https://sbcefaleia.com.br/index.php/>

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY: <https://ihs-headache.org/en/>

Seção 2

Lombalgias

Michele diz que, além da dor de cabeça, apresentou duas crises de lombalgia de leve intensidade no último mês, com duração de quatro dias aproximadamente, sem repercussão funcional. Trabalha o dia todo assentada e diz que sua cadeira é pouco confortável. Perguntou à Dra. Renata se seria necessário submeter-se a uma radiografia da coluna.

2.1 Lombalgia: queixa comum em Atenção Primária e no mundo inteiro

As dores lombares ou lombalgias são quadros dolorosos, agudos, subagudos ou crônicos, localizados abaixo do rebordo costal e acima da linha glútea superior, com ou sem dor referida no membro inferior (Figura 1), decorrentes de causas distintas para o seu desenvolvimento. São consideradas crônicas se persistirem por mais de 12 semanas (AIRAKSINEN, 2006).

A lombalgia é um dos problemas de saúde mais comuns em adultos. Juntamente com a cervicalgia, doenças dos órgãos dos sentidos e doenças da pele, a lombalgia esteve entre as principais causas dos anos vividos com incapacidade (em inglês, *Years Lived with Disability - YLD*) em 1990 e em 2016 (MARINHO, 2018). Sendo uma das 10 primeiras causas de consultas de adultos na Clínica Médica, em cada ano, muitos trabalhadores se ausentam de suas atividades por mais de sete dias em razão dessa doença, com grande impacto na produtividade e redução da economia (ALMEIDA, 2017).

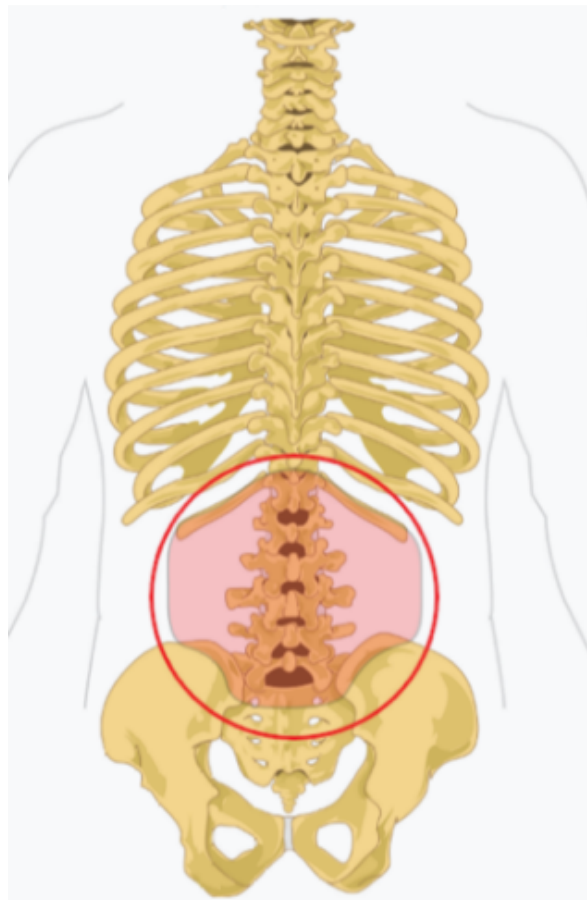
LOMBALGIAS, LOMBOCIATALGIA, CIATALGIA OU CIÁTICA: AS DEFINIÇÕES

Lombalgias são todas as condições de dor, com ou sem rigidez, localizadas na região inferior do dorso, em uma área situada entre o último arco costal e a prega glútea.

Lombociatalgia. É a dor que se irradia da região lombar, acima conceituada, para um ou ambos os membros inferiores, ultrapassando os joelhos.

Ciatalgia ou ciática. É a dor que tem início na raiz da coxa, uni ou bilateralmente, ultrapassando o(s) joelho(s) e alcançando, na maioria das vezes, o pé homolateral, acompanhada ou não de déficit motor e/ou sensitivo.

Figura 1 - Lombalgia: localização da dor



Fonte: Modificada de WIKIPEDIA, 2007.

Na clínica de Atenção Primária, a dor lombar aguda é uma das queixas mais comuns, pois ocorrem em mais de 80% das pessoas em algum momento da vida. No entanto, 90% dos casos de lombalgia aguda são inespecíficos. Não apresentam relação com alguma doença específica e afecções graves são causas raras de lombalgia. A prevalência de lombalgia é maior em mulheres, aumenta com a idade até a faixa dos 60 anos, aproximadamente; após essa idade, a prevalência é menos estudada. As patologias discais são prevalentes em indivíduos assintomáticos (GUSSO, 2019).

A lombalgia inespecífica não se relaciona a uma lesão anatômica, compressão neural ou deformidade. Talvez as causas mais comuns sejam lesões musculoligamentares e processos degenerativos relacionados à idade nos discos intervertebrais e nas articulações das facetas (DEYO, 2001).

As radiculopatias decorrem de transtorno de uma raiz nervosa, geralmente causada por compressão. As lombociatalgias, em geral radiculopatias, são quadros dolorosos ou de desconforto localizados na região lombar e/ou sacral, com irradiação para o membro inferior: quadril e / ou coxa anterior, se as raízes afetadas estão em L1-L3, e abaixo do joelho, se as raízes afetadas estão em L5-S1.

As lombociatalgias se manifestam com a dor na perna e são mais intensa do que a dor lombar. Pacientes com lombociatalgia podem ter dor, parestesias e sensação diminuída no dermatomo da raiz nervosa envolvida.

A síndrome do músculo piriforme, síndrome glútea profunda ou ciática do corredor são, entre outras, as denominações dadas a um tipo de ciatalgia por compressão do nervo isquiático ao longo de seu trajeto. A sua passagem abaixo do músculo piriforme pode sofrer compressão pelo aumento do tônus muscular, associada ou não a variações no trajeto (Figura 2). Além da compressão, pode haver inflamação desse segmento do nervo, com resultante neuralgia. Comumente, manifesta-se com dor glútea e na região posterior da coxa de intensidade leve ou moderada, predominantemente sem a presença de dor lombar, surgindo após esforços físicos prolongados e com a presença de parestesia em intensidade muito variável descrita como “formigamento”, “queimação” ou “fisgada”, juntamente com paresia mal definida e referida como “fraqueza” do membro em alguns poucos casos.

O profissional da Atenção Primária deve ficar atento às queixas decorrentes desta síndrome, especialmente em pessoas submetidas a intenso esforço físico, no trabalho ou em academias de ginástica.

Figura 2 - Nervo isquiático e o músculo piriforme



Fonte: Modificado de MOORE, 2014.

Classificação quanto à duração

- Aguda: até quatro semanas
- Subaguda: entre 4 e 12 semanas
- Crônica: dor por, pelo menos, 12 semanas e dor em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses

Classificação quanto à etiologia

Diz-se da lombalgia inespecífica ou idiopática, quando não é possível um diagnóstico anatomopatológico específico — representa cerca de 90% de toda a dor lombar observada na Atenção Primária. Como não tem uma causa específica, e não há uma forma única de classificar essa condição (GUSSO, 2019). As situações que se caracterizam como inespecíficas são, portanto, um grande problema para diagnóstico e tratamento.

Causas específicas são responsáveis por menos de 20% dos casos de lombalgias, e a probabilidade de um caso específico de dor nas costas ter uma causa específica é de apenas 0,2%. As chamadas “bandeiras vermelhas” — sintomas e sinais que apontam para uma causa específica — são bem delineadas na iniciativa de lombalgia. (ERHLICH, 2003).

Classificação na Atenção Primária

Na Atenção Primária, a lombalgia pode ser classificada em uma das quatro categorias:

- a) dor lombar inespecífica;
- b) lombalgia com dor radicular, (ex.: relacionada à hérnia de disco) ou claudicação neurogênica (ex.: relacionada à estenose do canal medular central);
- c) um problema grave afetando a coluna lombar (ex. abscesso epidural);
- d) um problema fora da coluna lombar (ex.: nefrolitíase).

O objetivo principal dessa classificação inicial em quatro categorias é identificar o pequeno número de pacientes que, para afastar o risco de complicações graves, podem necessitar de tratamentos específicos ou encaminhamento urgente a uma Unidade de Especializada.

2.2 Avaliação clínica das lombalgias

Embora cerca de 90% dos casos de dor lombar sejam considerados de origem musculoligamentares e mecânico-degenerativa, as causas infecciosas, inflamatórias, traumáticas, metabólicas e neoplásicas precisam ser lembradas e afastadas. A história clínica e o exame físico são os componentes mais importantes da avaliação inicial do paciente com dor lombar, entretanto a maior parte das lombalgias, aproximadamente 90%, não tem uma etiologia bem definida.

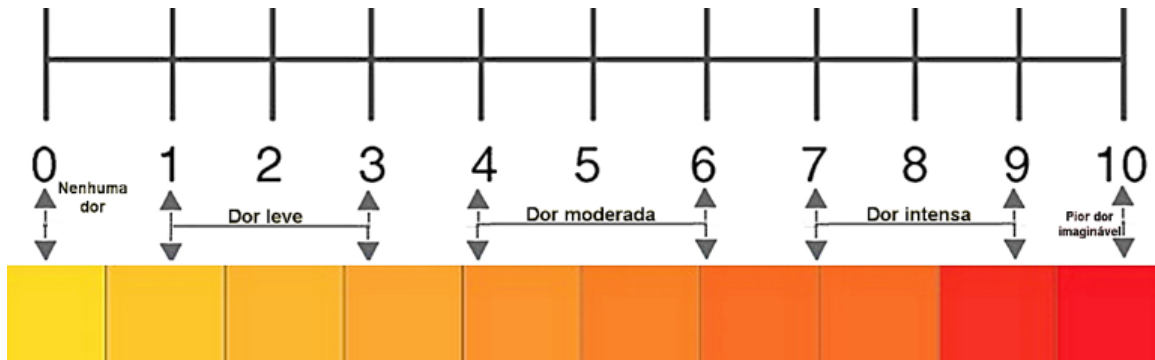
Anamnese

A história deve se basear em escuta cuidadosa do relato do paciente ou de seu acompanhante, pois, às vezes o próprio paciente se vê incapacitado pelo vigor da dor. Serão avaliados a duração, intensidade e o tempo e modo (súbito ou gradual) de aparecimento da dor, irradiação, fatores precipitantes, agravantes, como esforço físico, postura, movimentos, tensão e de melhora, como repouso, posição, calor local, bem como sua relação com outros sinais e sintomas. Neste caso, valorizam-se especialmente aqueles que possam indicar uma doença sistêmica com causa da dor, buscando eliminar a possibilidade de alguma patologia específica.

A maioria dos pacientes irá se queixar de dor predominante no dorso, na região glútea e nas coxas, em alguns com irradiação para a perna e o pé. Sintomas abaixo do joelho acompanhados de dormência e parestesias, e dor na perna mais intensa que a dor lombar sugerem envolvimento de raiz nervosa (SOILBELMAN, 2013).

Para avaliar a intensidade e a gravidade da dor, a Escala Visual Numérica (EVN) ou a Escala Visual Analógica – EVA podem ser usadas, pelo pouco tempo que requerem para a resposta e pelo fato de poderem ser rápidas e repetidamente utilizadas durante o acompanhamento do paciente. Nelas, as gradações vão de zero, “nenhuma dor”, a 10, “pior dor imaginável”. Devem ser aplicadas pedindo-se ao paciente que atribua uma nota para a dor que está sentindo (Figura 3).

**Figura 3 – Avaliação da intensidade da dor:
Escala Visual Numérica (EVN) e Escala Visual Analógica (EVA)**



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012; BREIVIK, 2008

Exame físico

O exame físico deve ser minucioso e, orientado pela anamnese, buscar afastar sinais de doença sistêmica, além de possibilitar a identificação de origem extralombar para a dor, caracterizando-a como referida. Assim, uma dor na região glútea, como a da síndrome do músculo piriforme, pode ser relatada como dor na região lombar.

O exame físico da coluna vertebral leva em conta a interdependência de seus segmentos, e deve inicialmente correlacioná-los, precedendo a avaliação do segmento em foco.

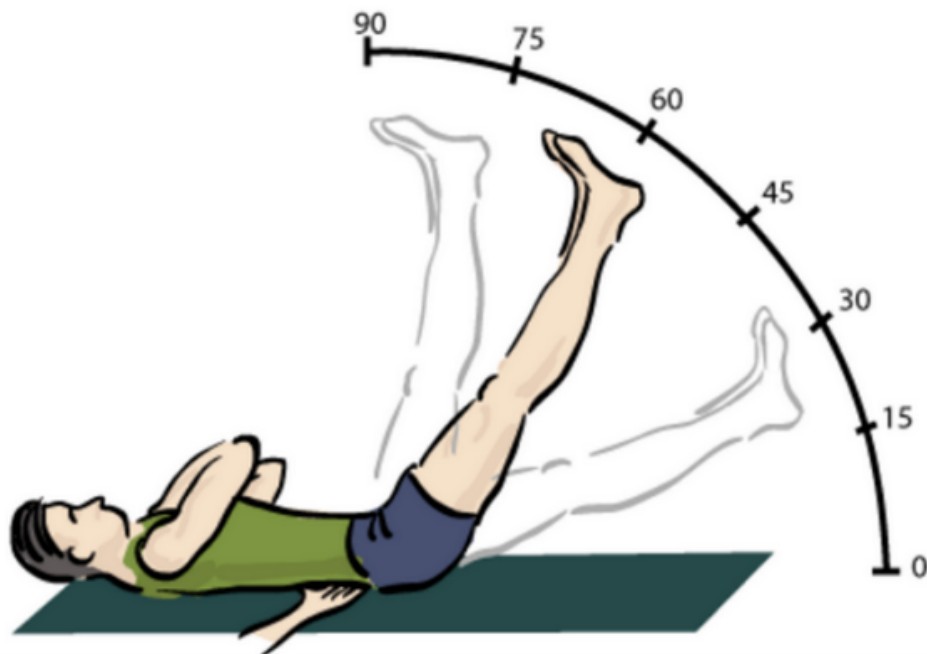
A região lombar de qualquer paciente com lombalgia envolve observações estáticas e dinâmicas. Assim, serão realizadas a inspeção para observar se não há abaulamento ou sinais de trauma; a flexão do dorso para avaliar limitação e funcionalidade; a palpação das apófises e da região dolorida para avaliar extensão da dor e possibilidade de patologia localizada e específica.

Deverão ser registradas alterações locais e referidas de sensibilidade, os membros inferiores serão pesquisados quanto à força muscular e aos reflexos.

Caso haja descrição ou suspeita de radiculopatia, serão realizadas manobras especiais, como o teste de Lasègue (teste da elevação da perna reta (teste de Lasègue): dor nesse membro a 30 a 60 graus (Figura 4).

Nesse teste, o paciente, em decúbito dorsal, tem seu membro inferior elevado com o joelho estendido. A partir de 70°, os pacientes que apresentam radiculopatia secundária à compressão das raízes nos níveis L4-5 ou L5-S1 têm seus sintomas exacerbados. A sensibilidade do teste pode ser aumentada ao se fazer concomitantemente a extensão do membro inferior e a dorsiflexão do pé. Entretanto, o sinal de Lasègue deve ser avaliado com cuidado, pois qualquer dor lombar aguda pode se intensificar à extensão do membro inferior.

Figura 4 - Teste de Lasègue



Fonte: WIKIPEDIA, 2020.

São descritos outros testes que buscam identificar situações específicas relacionadas a lombalgias, como o teste de Schoeber de flexão lombar ou o de Teste de Patrick ou FABER (*flexion, abduction, external rotation*) para a espondilite anquilosante, uma condição de evolução grave e incapacitante, que pode ser responsável por cerca de 2% das queixas de dor lombar (KINKADE, 2007; CASAZZA, 2012; SOIBELMAN, 2013). Geralmente, inicia-se no adulto jovem (2a a 4a décadas da vida), preferencialmente do sexo masculino, de cor branca (SAMPAIO-BARROS, 2007).

Na suspeita de discopatia, poderão ser observados, sempre considerando o quadro clínico e as limitações do grupo etário:

- **Força muscular**

- L4, extensão do músculo quadríceps (L4): agachar-se e erguer-se com a perna afetada (ou assentado, elevar uma única perna ou, apenas com uma perna, assentar-se em uma cadeira);
- L5 (e algumas raízes de L4), dorsiflexão do pé e do hálux: caminhar com os calcanhares;
- S1, flexão plantar e pé e do hálux (S1): caminhar sobre os dedos do pé.

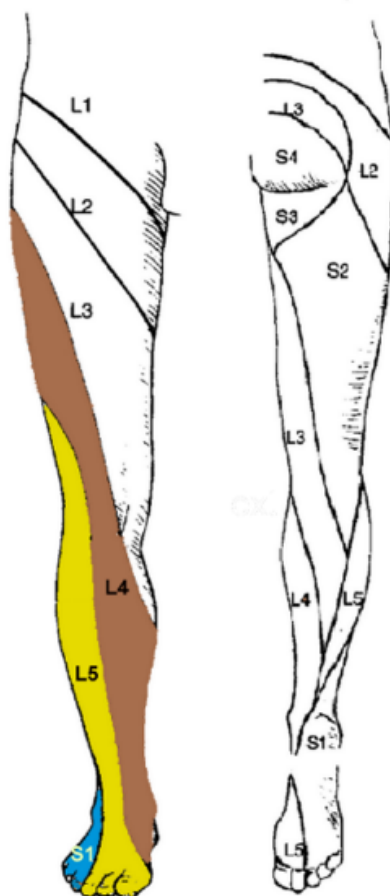
- **Reflexos**

- Patelar: diminuído ou ausente pode revelar uma hérnia discal na altura de L3 ou L4;
- Aquileu: se estiver diminuído, sugere lesão em S1.

- **Sensibilidade**

- Sensibilidade de alguns dermatômos: como testar a sensibilidade demanda tempo; o melhor é focar na simetria da dor provocada por um objeto pontiagudo nos dermatômos L4 (face medial da perna), L5 (dorso do pé) e S1 (maléolo lateral) de ambos os membros inferiores (Figura 5).

**Figura 5 – Sensibilidade dermatomática
do membro inferior direito**



Fonte: Modificado de DEYO, 1992.

O Quadro 16 resume os achados do exame físico nos impactos das raízes nervosas decorrentes de discopatia aguda.

Quadro 16 – Achados do exame físico nos impactos das raízes nervosas

Herniação	Raiz nervosa afetada	Perda sensitiva	Fraqueza muscular	Exame rápido	Reflexo
Disco L3-L4	L4	Porção medial do pé	Extensão do joelho	Agachar e erguer-se	Patelar
Disco L4-L5	L5	Dorso do pé	Dorsiflexão do pé e do hálux	Caminhar sobre o calcanhar	Nenhum
Disco L5-S1	S1	Face lateral do pé	Flexão plantar do pé e dos artelhos	Caminhar sobre os artelhos	Aquileu

Fonte: KINKADE, 2007.

Diagnóstico diferencial

Os principais diagnósticos diferenciais das lombalgias; com seus percentuais de ocorrência na prática clínica e sinais e sintomas mais comuns; estão no Quadro 17. Os percentuais podem variar substancialmente de acordo com características demográficas ou padrões de referência utilizados na prática clínica (estenose espinhal e osteoporose, na clínica geriátrica; infecções entre usuário de droga injetável, etc.).

Quadro 17 – Diagnóstico diferencial das lombalgias (continua)

Condição (prevalência *)	Sinais e sintomas
Causas mecânicas espinhais (97%)	
Lombalgia inespecífica – musculoligamentares (distensões, entorses ou espasmos) ($\geq 70\%$)	Dor muscular difusa; alguma radiação para a região glútea
Osteoartrose lombar (10%)	Dor muscular localizada; alguma radiação para a região glútea
Hérnia de disco (4%)	A dor na perna em geral é mais intensa do que na região lombar; irradiação para segmentos abaixo do joelho.
Fratura vertebral por osteoporose (4%)	Sensação de desconforto ou dor na coluna; frequente história de trauma
Estenose espinhal (3%)	Melhora da dor com a coluna fletida ou quando assentado, agravamento ao caminhar em planos inclinados, os sintomas são frequentemente bilaterais.
Espondilolistese (2%)	Dor com a atividade e melhora com repouso; geralmente detectada com exame de imagem; é uma causa controvertida de dor significativa.
Condição (prevalência *)	Sinais e sintomas
Causas não mecânicas espinhais (1%)	
Neoplasia (0,7%)	Sensação de desconforto, dor na coluna, perda de peso
Artrites inflamatórias (0,3%)	Rigidez matinal, melhora com o exercício durante o dia
Infecção (0,01%).	Sensação de desconforto ou dor na coluna; sinais e sintomas sistêmicos
Herpes-zóster	Dor dermatomática e erupção característica unilaterais

Continua...

Quadro 17 – Diagnóstico diferencial das lombalgias (continuação)

Condições viscerais não espinhais (2%)	
Órgãos pélvicos Prostatite, doença pélvica inflamatória, endometriose	Sintomas na região hipogástrica
Nefropatias Nefrolitíase, pielonefrite, abscesso perirrenal	Geralmente envolve sintomas abdominais; alterações no exame de urina
Aneurisma aórtico	Dor epigástrica; massa abdominal pulsátil
Doenças gastrointestinais Pancreatite, colecistite, úlcera péptica perfurante	Dor epigástrica; náuseas e vômitos

Fonte: Adaptado de KINKADE, 2007; CASAZZA, 2012; SOIBELMAN, 2013.

*Os percentuais podem variar substancialmente de acordo com o tipo de clínica (estenose espinhal e osteoporose, na clínica geriátrica; infecções entre usuário de droga injetável, etc.). Os deste quadro são os estimados para adultos com dor lombar na Atenção Primária.

Entretanto, em vez de procurar uma causa precisa em todos os casos de dor nas costas, pode ser mais útil responder a sete perguntas básicas listadas no Quadro 18.

Quadro 18 - Lombalgias: perguntas-chave

- (1) Trata-se de uma lombalgia inespecífica?
- (2) Trata-se de uma lombalgia específica?
- (3) Há sintomas e sinais de radiculopatia/ciática?
- (4) Há uma doença sistêmica grave causando a dor?
- (5) Há comprometimento neurológico?
- (6) Há alguma evidência de comprometimento sistêmico extra ou intrarraquidiano (“sinais de alerta vermelhos”)?
- (7) Há sofrimento social ou psicológico que possa ser detectado (“sinais de alerta amarelos” amplificando ou prolongando o quadro doloroso)?

Fonte: Adaptado de DEYO, 1992; CECIN, 2008; OLIVEIRA, 2018.

2.3 Sinais de alerta nas lombalgias

Como 95% dos casos de lombalgia aguda não apresentam relação com alguma doença específica, eles são, pois, classificados como inespecíficos. No entanto há alguns sinais de alerta importantes na abordagem das lombalgias que podem sinalizar afecções graves como causas raras ou condições desencadeantes e/ou preditivas de cronicidade da lombalgia. São respectivamente os alertas vermelhos e os alertas amarelos.

Alertas vermelhos

No exame clínico, achados de alerta considerados vermelhos (*red flags*) são aqueles que sinalizam a possibilidade de condições subjacentes potencialmente graves (Quadro 19). Podem exigir o encaminhamento, às vezes em caráter de emergência, para estudos de imagem e laboratório apropriados, com o objetivo de identificar pacientes que necessitam de avaliação cirúrgica imediata e aqueles cujos sintomas sugerem um quadro mais grave, como malignidade ou infecção.

Quadro 19 - Alertas vermelhos (*red flags*) em pacientes com lombalgia

Condição	Síndrome da cauda equina (*)	Fratura	Câncer	Infecção
50 anos com história de trauma ou 70 anos		X	X	
Febre, calafrios, ferida próxima à coluna, ITU ou infecção de pele recentes, ferimento penetrante próximo da coluna				X
Trauma importante		X		
Dor à noite ou ao deitar-se			X	X
Déficit motor ou sensitivo progressivo	X		X	
Anestesia em sela, ciatalgia bilateral, fraqueza nas pernas, quadro novo de retenção urinária ou de incontinência fecal	X			
Perda de peso inexplicada			X	
História de câncer ou suspeita de câncer			X	
História de osteoporose		X		
Imunossupressão				X
Uso crônico de corticoide		X		X
Uso de droga intravenosa				X
Abuso de substância psicoativa		X		X
Falha terapêutica após seis semanas de tratamento (manutenção ou piora do quadro)		X	X	X

Fonte: Adaptado de AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2005; KINKADE, 2007; ALMEIDA, 2017; TRAEGER, 2017.

(*) A síndrome da cauda equina é uma grande hérnia discal central — frequentemente entre L4-L5 — que pode comprimir várias raízes da cauda equina. Leva a transtorno miccional, perda de tônus do esfíncter anal ou incontinência fecal, anestesia em sela em torno do ânus, do períneo ou dos genitais, fraqueza motora disseminada (mais de uma raiz nervosa) ou progressiva nos membros inferiores ou distúrbio da marcha, alterações sensitivas. É uma emergência, que exige encaminhamento a uma Unidade de Referência Hospitalar.

Alertas amarelos

Os alertas amarelos (*yellow flags*) correspondem a fatores psicossociais que contribuem para o desencadeamento e para tornar crônicas as síndromes dolorosas lombares. Podem concorrer para déficit funcional, bem como para ausências no trabalho.

Ao contrário dos alertas vermelhos que se relacionam a riscos eminentemente físicos, os alertas amarelos sugerem fatores de risco psicossociais. Podem salientar que algum aspecto da vida da pessoa interfere diretamente na dor e, por isso, necessita de uma investigação mais detalhada ou de uma intervenção mais focada. Podem estar relacionados a atitudes e crenças com relação à dor, a emoções, a aspectos compensatórios, à família, ao trabalho, a preocupações com o diagnóstico e o tratamento (Quadro 20).

Quadro 20 - Alertas amarelos (*yellow flags*) em pessoas com lombalgia

Mau estado geral de saúde	“Comportamento doentio” (insistência em ficar de repouso por longo período, história de abuso de atestado médico)
Crença de que a dor e a manutenção da atividade são lesivas	Depressão, ansiedade ou pessimismo diante da vida (principal fator de risco para cronicidade), isolamento social
Indícios de exagero na queixa e esperança de recompensa	Má-postura
Obesidade	Pensamento catastrófico (antecipa o pior desfecho possível para a lombalgia)
Presença de sintomas que não apresentem correlação com a lombalgia (sintomas sem uma base anatômica ou fisiológica definida)	Problemas no trabalho, insatisfação com o emprego
Sedentarismo	Superproteção familiar ou pouco suporte familiar
Trabalho pesado com poucas horas de lazer	Tratamento prévio que não se adéqua às melhores práticas

Fonte: Adaptado de HOOGENDOORN, 2000; ALMEIDA, 2007; GUSSO, 2019.

De outra forma, o Quadro 21 lista condições de risco, individuais, psicossociais e ocupacionais, identificadas à ocorrência de lombalgia ou para a condição preocupante, que é o curso para cronicidade.

Quadro 21 - Condições de risco para a ocorrência de lombalgia para o desenvolvimento de cronicidade

Condição de risco	Ocorrência	Cronicidade
Individual	Idade; condicionamento físico; fraqueza dos músculos lombares e abdominais; tabagismo	Obesidade; baixa escolaridade; altos níveis de dor e incapacidade
Psicossocial	Estresse; ansiedade; humor ou emoções negativas; mau funcionamento cognitivo; comportamento de dor	Angústia; humor depressivo; somatização
Ocupacional	Trabalho manual; flexão e torção; vibração do corpo inteiro; insatisfação no trabalho; tarefas monótonas; más relações de trabalho e apoio social	Insatisfação no trabalho; indisponibilidade de serviço leve no retorno ao trabalho; exigência de trabalho de elevação por três quartos do dia

Fonte: KOES, 2006.

2.4 Exames complementares

Os exames complementares só são necessários quando, por meio da história, do exame físico e com o acompanhamento da evolução, há a suspeição de alguma causa que necessite de intervenção específica ou imediata. Assim, esses exames são aqui descritos para que o profissional da Atenção Primária possa iniciar a abordagem complementar do paciente ou encaminhá-lo a uma Unidade de Referência. Em uma ou em outra situação, seu papel de coordenador do cuidado exige que se mantenha informado sobre o curso da investigação, mesmo que se dê em Unidade Especializada ou Hospitalar.

Exames laboratoriais

Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa são exames de primeira opção, diante de algumas suspeitas do exame clínico, como fratura, neoplasia, infecção, imunossupressão e processos inflamatórios. O antígeno prostático específico (PSA) deve ser considerado em homens com suspeita de neoplasia prostática metastática, responsável pela dor lombar.

Alguns outros exames são indicados para situações específicas, que podem ser apresentar como lombalgia ou tê-la como queixa adicional do quadro clínico. Assim, poderão vir a ser necessários: o cálcio sérico e a fosfatase alcalina para doença óssea difusa; eletroforese de proteínas séricas e urinárias no mieloma múltiplo; análise qualitativa da urina, diante de doença renal, e sangue oculto nas fezes, nas hipóteses de úlceras e tumores gastrintestinais.

Exames de imagem

Em pessoas assintomática, o exame de imagem da coluna vertebral apresenta uma alta taxa de achados anormais, como hérnia de disco, protuberância e degeneração discal e fissura anular (uma ruptura da cápsula mais externa do disco intervertebral), que pode ou não chegar ao herniamento. Em suma, o exame de imagem deve ser usado em pacientes cuidadosamente selecionados e correlacionado com a clínica (JARVIK; DEYO, 2002; KINKADE 2007).

A solicitação de exames de imagem, em geral, não é necessária em pacientes com lombalgia aguda de evolução inferior a seis semanas. A maioria das dores lombares com ou sem dor radicular ou claudicação neurogênica não requer diagnóstico imediato por imagem e pode ser conduzida na Atenção Primária (TRAEGGER, 2017). A necessidade de exame de imagem em ambientes especializados de atendimento (ex.: uma Unidade de Referência, ambulatorial ou hospitalar) deve ser pensada somente se o resultado puder modificar a conduta (NICE, 2016).

A avaliação radiológica, simples ou computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) têm indicação naquelas lombalgias e lombociatalgias agudas que tenham evolução atípica e nas de evolução insatisfatória, cuja causa não foi determinada após seis semanas de tratamento clínico ou evoluam com manutenção ou piora do quadro de dor, ciatalgia bilateral, parestesias ou perda sensitiva em determinado dermatomo, fraqueza muscular progressiva ou abrupta, quadro novo de retenção urinária ou de incontinência fecal.

A grande dificuldade da RM é a alta incidência de alterações, sobretudo no disco, em pacientes assintomáticos.

A RM será especialmente útil na análise do conteúdo do canal vertebral, incluindo cone medular, raízes da cauda equina e medula óssea. Torna-se um exame de caráter emergencial na síndrome da cauda equina ou outra condição que leve a déficit motor ou sensitivo progressivo.

O Quadro 22 resume as estratégias de avaliação complementar para pacientes com dor lombar e achados de alerta vermelho.

Quadro 22 - Lombalgia: achados de “alertas vermelhos” e estratégias de investigação complementar

Condição	Diagnósticos possíveis				Estratégia de investigação		
	Síndrome da cauda equina	Fratura	Câncer	Infecção	HMG, PCR ou VHS	Raios X	RM
50 anos com história de trauma ou 70 anos		X	X		1†	1	2
Febre, calafrios, ferida próxima à coluna, ITU ou infecção de pele recentes, ferimento penetrante próximo da coluna				X	1	1	1
Trauma importante		X				1	2
Dor à noite ou ao deitar-se			X	X	1†	1	2
Déficit motor ou sensitivo progressivo	X		X				1E
Anestesia em sela, ciatalgia bilateral, fraqueza nas pernas, quadro novo de retenção urinária ou de incontinência fecal	X						1E
Perda de peso inexplicada			X		1†	1	2
História de câncer ou suspeita de câncer			X		1*	1	2
História de osteoporose		X				1	2
Imunossupressão				X	1	1	2
Uso crônico de corticoide		X		X	1	1	2
Uso de droga intravenosa				X	1	1	2
Abuso de substância psicoativa		X		X	1	1	2
Falha terapêutica após seis semanas de tratamento (manutenção ou piora do quadro)		X	X	X	1†	1	2‡

Fonte: Adaptado de AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2005; KINKADE, 2007; ALMEIDA, 2017; TRAEGER, 2017. ITU = infecção do trato urinário; HMG = hemograma completo; PCR = proteína reativa; VHS = velocidade de hemossedimentação; RM = ressonância magnética.

1 = primeira opção na maioria das situações; 2 = indicada na sequência de investigação; E = indicada a avaliação de emergência.

†Considerar antígeno prostático específico (PSA) em homens com suspeita de câncer; ‡ Pode não ser desnecessário; E- Avaliação de emergência.

2.5 Abordagem terapêutica — pontos-chave

De outra forma, o Quadro 21 lista condições de risco, individuais, psicossociais e ocupacionais, identificadas à ocorrência de lombalgia ou para a condição preocupante, que é o curso para cronicidade.

Segundo Traeger (2017) e Oliveira (2018) os pontos seguintes são orientadores para a abordagem terapêutica:

- Pacientes com lombalgia inespecífica aguda: todos devem receber informações e orientações seguras sobre a natureza da queixa, inclusive de garantia da história natural benigna da grande maioria dos casos; prescrição de AINEs e de opioides fracos por períodos curtos, quando houver contraindicação ou falta de melhoria com AINEs; recomendação de retorno às atividades normais, evitando repouso no leito.
- Pacientes com dor lombar aguda que não respondem ao tratamento inicial ou que apresentam alto risco de um resultado ruim: podem se beneficiar de tratamentos não farmacológicos para alívio da dor, como calor, massagem ou manipulação espinal.
- Pacientes com dor lombar persistente: há evidências limitadas da eficácia do tratamento farmacológico e diretrizes com variadas recomendações quanto ao uso de AINEs e antidepressivos.
- Pacientes com dor lombar persistente sem patologia óbvia: podem ser benéficos tratamentos não farmacológicos para alívio da dor, como programas de exercícios, terapia cognitivo-comportamental, redução do estresse com base em atenção plena (*mindfulness*), terapia operante, massagem, terapia manipulativa vertebral, acupuntura ou programas de reabilitação multidisciplinares.
- Pacientes com patologias graves ou radiculopatia, ou se não houver melhora após quatro semanas: recomenda-se considerar seu encaminhamento a uma Unidade de Referência Especial.

Vários tipos de terapias conservadoras, complementares ou cirúrgicas para lombalgia aguda na Atenção Primária e em Unidades Especializadas, ambulatoriais ou hospitalares, têm sido objeto de estudos clínicos. O Quadro 23 resume resultados destes estudos.

Quadro 23 - Efetividades de algumas terapias para lombalgias agudas

Efetividade	Procedimento
Benéfica	Orientação para manter-se em atividade, analgésicos, AINEs
Benéfica com riscos	Relaxantes musculares
Provavelmente benéfica	Manipulação da coluna vertebral, terapia comportamental, programas de tratamento multidisciplinares (para dor lombar subaguda)
Variável ou indefinida	Analgésicos, acupuntura, escolas de coluna, injeções peridurais de esteroides, suportes lombares, massagem, tratamentos de temperatura
Provavelmente não benéfica	Exercícios específicos para a coluna
Inefetiva ou perigosa	Repouso no leito

Fonte: modificado de KOES, 2006.

AINEs: analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides

2.6 Lombalgias agudas

No tratamento da maior parte das lombalgias agudas, sejam elas de origem mecânica idiopática ou inespecífica, causadas por osteoartrose e mesmo de boa parte das lombociatalgias, o manejo é prioritariamente ambulatorial e coordenado pelo médico da Atenção Primária à Saúde.

A lombalgia aguda é um problema comum e, em geral, de evolução autolimitada. Sua história natural favorece o tratamento conservador independente da modalidade empregada.

O controle da dor e o retorno precoce às atividades devem ser o objetivo principal, se não há indicação clínica de patologias sérias que justifiquem uma investigação complementar. A orientação ao paciente sobre a evolução natural do sintoma é parte relevante do tratamento.

O tratamento será sempre precedido pela busca de sinais e condições subjacentes potencialmente graves (alertas vermelhos) e a avaliação de risco psicossocial e de mau prognóstico (alertas amarelos).

Na maioria dos casos, como visto, as lombalgias agudas são inespecíficas e objetos de tratamento conservador.

Os pilares do tratamento conservador são:

1) Orientações

- Repouso: se for necessário — até o alívio dor em média por três a quatro dias —, com retorno às atividades habituais o mais rápido possível, de preferência na posição decúbito supino, joelhos fletidos e pés apoiados sobre o leito e/ou com flexão das pernas num ângulo de 90° com as coxas e destas com a bacia (posição de Zassirchon),
- Retorno rápido às atividades habituais, limitadas às posturas ou atividades que não agravem a dor e outros sintomas.
- Exercícios aeróbicos de baixo impacto, como caminhar, andar de bicicleta ou nadar, podem ser iniciados nas duas primeiras semanas, após o início de um episódio de dor lombar aguda, o que propicia melhora ou manutenção do condicionamento físico e estabilidade psicológica.
- Aplicação de calor superficial ou frio pode aliviar a dor, embora, em lombalgia aguda ou subaguda, as evidências de sua eficácia sejam limitadas (FRENCH, 2007). Seu emprego deve ser continuado caso haja percepção de alívio da dor pelo paciente.
- O uso de almofada ou travesseiro entre os joelhos ao dormir, em decúbito lateral, pode aliviar sintomas.
- Atitude positiva é importante para lidar com o problema e deve ser estimulada ou reforçada.

2) Medicamentos

Devem ser prescritos com o intuito de reduzir a dor e manter a pessoa ativa. Os analgésicos, os anti-inflamatórios não esteroides e os relaxantes musculares são eficazes no tratamento de lombalgia aguda não específica.

Em casos de dores leves, os analgésicos podem ser uma escolha segura. Entretanto, quanto ao paracetamol, estudos evidenciam que, mesmo com 4 g por dia, não é melhor que o placebo para aliviar a dor lombar aguda, a curto ou a longo prazo (SARAGIOTTO, 2016). Sua prescrição deve ser avaliada e acompanhada caso a caso.

No entanto, lombalgia moderada ou acompanhada de ciatalgia responde melhor a AINEs, que devem ser mantidos enquanto paciente retorna gradualmente a suas atividades habituais. Nas lombalgias agudas, opioides podem ser utilizados quando AINEs e demais medidas conservadoras não conseguem obter analgesia suficiente. A associação com paracetamol, com outro analgésico ou com AINE é eficaz.

Relaxantes musculares podem ser utilizados por curtos períodos (dois a cinco dias) nos casos de dor lombar aguda quando se detecta importante contratura muscular paraespinal. O Quadro 24 resume exemplos desses medicamentos, seu grupo, apresentação e dose diária.

Quadro 24 – Alguns medicamentos utilizados no tratamento de lombalgias agudas

Grupo	Medicamento (*)	Apresentação (*)	Dose
Analgésicos	Dipirona	Comp. 500mg e 1 g	500 mg, até 4 vezes ao dia
	Paracetamol	Comp. 500 e 750 mg	500-750 mg, 4 a 6 vezes ao dia
AINEs	Naproxeno	Comp. 250 e 500 mg	Iniciar com 500 mg; a seguir, 250 mg a cada 6 ou 8 horas
	Ibuprofeno	Comp. 200, 300, 400, 600 mg	200 a 600 mg, a cada quatro ou oito horas
	Nimesulida	Comp. 100 mg	50 a 200 mg, duas vezes por dia
	Diclofenaco	Comp. 50 a 150 mg	50 a 150 mg por dia, a cada oito ou 12 horas
Relaxantes musculares	Carisoprodol (**)	125 a 250 mg	Até 250 mg no máximo, de 8/8 h
	Ciclobenzaprina	Comp. 10 mg	10 mg, até de 8/8 h
Opioides	Codeína	Comp. 30 e 60 mg	30-60 mg, a cada quatro ou seis horas
	Tramadol	Comp. 50 mg	50-100 mg, até de 6/6 h (máximo recomendado: 400 mg/dia)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

AINEs: anti-inflamatórios não esteroides.

(*) A relação de medicamentos aqui citados e suas apresentações não pretende ser exaustiva.

(**) Apresentado em associação com analgésicos ou AINEs.

DOR INTENSA

Embora a intensidade da dor tenha pouca correlação com a patologia subjacente, a compressão do gânglio sensitivo de uma raiz nervosa pode resultar em dor intensa. Se assim se apresentar, poderá ser necessário medicar o paciente com analgésico via parenteral e encaminhá-lo em caráter de urgência a uma Unidade de Referência, onde estará sob observação contínua e cuidados necessários, incluindo a continuidade da aplicação de analgésico. Se não houver intercorrências ou aparecimento de **sinais de alarme**, este período será o mais limitado possível.

3) Fisioterapia

O encaminhamento para fisioterapia costuma ser reservado para aqueles pacientes que persistem com lombalgia por mais de três semanas, quando diminui a probabilidade de melhora espontânea da dor. A fisioterapia tem papel fundamental no tratamento da dor lombar crônica contribuindo para o alívio da dor e melhora do estado funcional do paciente.

4) Acupuntura

Dados de revisão sistemática não permitem conclusões firmes sobre a eficácia da acupuntura na dor lombar aguda, ainda que possam existir benefícios nos quadros de lombalgia crônica (FURLAN, 2005).

2.6 Lombalgias crônicas

Um dos maiores desafios no tratamento da dor lombar é identificar fatores de risco que podem prever quando um único episódio de dor nas costas se tornará uma condição de dor persistente e de longo prazo.

1) Condições de risco

As várias condições de risco, individuais, psicossociais e ocupacionais, identificadas com a ocorrência de lombalgia ou para o desenvolvimento de cronicidade, foram detalhadamente descritas no Quadro 21. São situações que devem ser identificadas na anamnese e objeto de atenção no acompanhamento do paciente, pois os quadros de lombalgia crônica são de difícil condução. Quando isso acontece, a qualidade de vida geralmente é muito baixa e os recursos terapêuticos são limitados.

2) Tratamentos não farmacológicos

Podem ser benéficos tratamentos não farmacológicos para alívio da dor, como programas de exercícios, terapia cognitivo-comportamental, redução do estresse com base em atenção plena (*mindfulness*), terapia operante, massagem, terapia manipulativa vertebral, acupuntura ou programas de reabilitação multidisciplinares.

3) Medicamentos

Quanto ao tratamento farmacológico, AINEs e antidepressivos têm eficácia limitada. Seu uso deve ser criterioso, pautado pela observação da resposta de cada pessoa e acompanhado do esforço para o seguimento de abordagens não farmacológicas. Quando prescritos, podem ser empregados os vários tipos de AINEs, em doses variadas (vide Quadro 24). Doses baixas de antidepressivos tricíclicos também podem ser uma alternativa terapêutica.

Os antidepressivos mais indicados são os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina), como a duloxetina (30-60 mg/dia, a amitriptilina (10-50 mg/dia) e a nortriptilina (10-50 mg/dia).

Opioides não devem ser prescritos para o tratamento da dor lombar crônica.

4) Outras abordagens

Vários tipos de terapias conservadoras, complementares ou cirúrgicas para lombalgia crônica, comumente empregados na Atenção Primária e em Unidades Especializadas, ambulatoriais ou hospitalares, têm sido objeto de estudos clínicos. O Quadro 25 resume resultados desses estudos.

Quadro 25 - Efetividades de algumas terapias para lombalgias crônicas

Efetividade	Procedimento
Benéfica	Fisioterapia e exercícios físicos, programas intensivos de tratamento multidisciplinar
Benéfica com riscos	Relaxantes musculares
Provavelmente benéfica	Analgésicos, acupuntura, antidepressivos, Escola da Coluna (*), terapia comportamental, AINEs, manipulação da coluna vertebral
Variável ou indefinida	Injeções peridurais de esteroides, suportes lombares, massagem, tração, injeções locais
Inefetiva ou perigosa	Injeções nas articulações interfacetárias

Fonte: Modificado de KOES, 2006.

AINEs: analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides

(*) Escola da coluna”, originalmente denominada **Back School**, é um método de treinamento postural.

2.7 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

As principais condições clínicas que obrigam o encaminhamento, em caráter eletivo ou de urgência, de casos de lombalgias para Unidades Especializadas estão sumarizadas no Quadro 26.

Quadro 26 - Lombalgia: principais condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

Encaminhamento para consulta em Unidade Especializada (Neurologia/Ortopedia/Reumatologia/Clínica de Dor)	Encaminhamento para Unidade de Emergência
Síndrome radicular sem melhora clínica após seis semanas de tratamento clínico otimizado	Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (***) ou perda de força progressiva medida de maneira objetiva
Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica)	Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado
Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese	Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral
Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial	Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas)
Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado (*) por 12 semanas, com ou sem característica inflamatória (**)	Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016c; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015.

(*) Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente. (**) Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos; início insidioso; melhora com exercício, sem melhora com repouso, dor noturna (com melhora ao se levantar). (***) Transtorno miccional, perda de tônus do esfíncter anal ou incontinência fecal, fraqueza motora disseminada (mais de uma raiz nervosa) ou progressiva nos membros inferiores ou distúrbio da marcha e alterações sensitivas, simétricas ou assimétricas; anestesia em sela em torno do ânus, do períneo ou dos genitais.

Esses encaminhamentos devem levar em consideração outros aspectos, como multimorbidades e experiência do profissional da Atenção Primária para lidar com o problema. Às vezes, o recurso da telemedicina ou mesmo da ligação direta ao profissional da Unidade Especializada pode sanar dúvidas sobre a necessidade de encaminhamento ou pode orientar a conduta em curso na Unidade Básica.

O referenciamento para o especialista —neurologista, ortopedista, reumatologista e outros—, de pacientes hiperutilizadores, sem sinais de alerta e sem que se esgotem todas as possibilidades de tratamento na Unidade Básica, constitui um dos erros mais comuns na abordagem da lombalgia (GUSSO, 2019).

Particularmente, no caso de pacientes com lombalgia crônica que não conseguem retomar suas atividades profissionais, o encaminhamento a um centro multidisciplinar de dor pode ser apropriado para sua reabilitação. Esses centros tipicamente combinam terapia cognitivo-comportamental, educação postural, exercícios supervisionados, bloqueio seletivo de nervos e outras estratégias para restabelecer a funcionalidade e prevenir recidivas. O processo de reabilitação costuma ser prolongado, e a adesão depende da educação e da responsabilidade do doente, além de uma relação de confiança com a equipe (médicos, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) (SOIBELMAN, 2013).

É importante ressaltar a necessidade de se estabelecer fluxo institucional de referência e contrarreferência entre as equipes da Rede de Atenção. Na sua função coordenadora e integralizadora, a equipe da Atenção Primária deve receber e compartilhar informações sobre o cuidado dispensado ao paciente de sua área de adscrição pela equipe da unidade de referência especializada ou de emergência. Isso porque essa pessoa ou seus contatos, familiares ou não, poderão, inclusive, buscar outros tipos de atenção e cuidado, durante o período na unidade de referência especializada ou de emergência.

2.8 Prevenção e acompanhamento

O paciente deve ser instruído a se manter ativo, mesmo que tenha que reorganizar seu modo de trabalho e suspender por curto período alguns compromissos.

Deve garantir um estilo de vida saudável em todos os aspectos, inclusive preocupar em fazer atividade física regular e com orientação, para evitar lesões mecânicas agudas, como luxações e distensões. A atuação do fisioterapeuta da equipe multiprofissional da Unidade Básica ou da Unidade de Referência torna-se particularmente relevante.

Outros profissionais da equipe podem ajudar na monitorização do paciente, tomando conhecimento de seu estilo de vida, do aparecimento de alguma perda de função e de novos episódios de lombalgia, mesmo que de intensidade menor.

Há instrumentos formais de acompanhamento, como o questionário de Roland-Morris, já adaptado e validado para a língua portuguesa (Quadro 27). Esse questionário avalia a repercussão da lombalgia nas atividades laborais e de vida diária, sendo recomendado, de preferência, para uma população de baixa desabilidade funcional (FALAVIGNA, 2011). É de aplicação rápida e fácil, e será repetido a intervalos de acordo com a evolução e a observação clínica.

Quadro 27 - Lombalgia: questionário de Roland-Morris de monitorização de incapacidade, adaptado e validado para a língua portuguesa

Instrução:	
Quando você tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, poderá notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. A cada frase da lista, pense em você hoje. Quando a frase corresponder a sua situação de hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e vá para a frase seguinte. Lembre-se: apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que ela o descreve hoje.	
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	
2. Mudo de posição frequentemente para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.	
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.	
4. Por causa das minhas costas não estou fazendo nenhum dos trabalhos que, em geral, faço em casa.	
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.	
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.	
7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.	
9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.	
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.	
11. Por causa das minhas costas, evito curvar-me ou ajoelhar-me.	
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.	
13. As minhas costas estão quase sempre estão doendo.	
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.	
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.	
16. Tenho dificuldade em calçar meias de cano curto ou longo por causa das dores das minhas costas.	
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.	
18. Não durmo tão bem por causa das minhas costas.	
19. Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.	
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.	
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.	
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.	
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.	
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	

Fonte: Adaptado de NUSBAUM, 2001; MONTEIRO, 2010; FALAVIGNA, 2011.

A pontuação é realizada através da soma dos itens (uma marca, um ponto), que variam de zero (sem incapacidade) a 24 (incapacidade severa). Valores superiores a 14 pontos indicam incapacidade física.

No acompanhamento, a mínima diferença clinicamente importante é de 5 pontos.

Prevenção de recorrências

Exercícios se mostraram eficientes na prevenção de novos episódios de lombalgia, reduzindo em 50% sua ocorrência e, em alguns casos, podem ser benéficas as abordagens como a Escola da coluna e as terapias comportamentais, que podem reduzir a incapacidade por meio da mudança dos padrões comportamentais (FREIRE, 2004). Entretanto, uso de suporte lombar, educação sobre coluna e ergonomia e manejo de estresse são ineficazes para prevenção de novos casos de dor lombar (SOIBELMAN, 2013).

Seção 3

Investigando o psiquismo de Michele

Michele relata sentimento de angústia, labilidade emocional, desconcentração e estresse no trabalho, desinteresse pelas atividades antes consideradas prazerosas, além de insônia inicial, hiporexia e perda de peso – três quilos – nos últimos dois meses. Vivenciou recentemente o falecimento de um amigo. Diante dos sintomas apresentados por Michele, Pedro Henrique solicita a avaliação da médica da equipe.

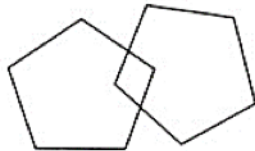
Dra. Renata realiza o exame físico de Michelle, dando ênfase às queixas apresentadas.

- Aspecto geral: corada, hidratada, boa perfusão capilar, orientada no tempo e espaço, humor deprimido.
- Pele: sem alterações.
- Orosopia e otoscopia sem alterações.
- Peso: 70 kg, Altura: 1,62 m, IMC: 26,7 kg/m².
- Aparelho cardiovascular: PA: 110 x 70 mmHg; frequência cardíaca (FC): 68 batimentos por minuto (b.p.m.), bulhas normorrítmicas e normofonéticas, em dois tempos; pulsos periféricos rítmicos, simétricos, cheios.
- Aparelho respiratório: Frequência respiratória de 12 incursões respiratórias por minuto (i.r.p.m.), murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios, eupneica.
- Abdome: livre, sem visceromegalias.
- Aparelho locomotor: articulações sem alterações. Boa mobilidade da coluna lombar. Retificação da coluna lombar. Lassègue negativo a 60 graus, bilateral. Discreta tensão da musculatura paravertebral lombar, sem dor à palpação.
- Exame neurológico sumário: pares cranianos sem alterações; tônus e força muscular preservados, simétricos; reflexos tendinosos superficiais (tricipital, bicipital, patelar, aquileu) normoativos, simétricos; coordenação, marcha e equilíbrio preservados.
- Exame de fundo de olho: normal

Dra. Renata conduziu todo o atendimento, utilizando o **Método Clínico Centrado na Pessoa (Unidade 1)**, pois ela sabe que o cuidado centrado no paciente tem impacto favorável em pacientes como Michele. Ela observou que, além do relato de dor de cabeça e dor lombar, havia sintomas depressivos que precisavam de abordagem adequada. Dra. Renata sempre utiliza esse método na atenção às pessoas da Equipe, garantindo mais eficiência no cuidado.

Solicitou, e foi autorizada a lhe aplicar o **miniexame do estado mental** (MEEM) (Figura 6), um teste de rastreamento e avaliação rápida da função cognitiva, o que julgava adequado diante de seus sintomas depressivos. Explicou-lhe que para isso deveria utilizar o celular e lhe fazer umas perguntas.

Figura 6 – Miniexame do estado mental

	Paciente	Total
ORIENTAÇÃO		
*Qual é o (ano) (estação) (dia da semana) (dia do mês) e (mês).		5
*Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua/local) (andar).		5
REGISTRO		
*Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Perguntar pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até cinco vezes até que repita corretamente para permitir evocação posterior, mas a pontuação para esse item é dada pela primeira repetição.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
*Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65).		5
Alternativo: soletrar a palavra MUNDO de trás para frente (ODNUM).		
EVOCAÇÃO		
*Perguntar pelas três palavras anteriores.		3
LINGUAGEM		
*Identificar lápis e relógio de pulso.		2
*Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.		1
*Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”.		3
*Ler ‘em voz baixa’ e executar: FECHÉ OS OLHOS.		1
*Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa).		1
VISUOESPACIAL		
*Copiar o desenho:		1
		
TOTAL:		30

Fonte: Modificado de CRUZ, 2013.

Avaliação dos resultados:

Normal: acima de 27 pontos

Demência: menor ou igual a 24 pontos;

em caso de menos de quatro anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24.

Escore médio para depressão:

Depressão não-complicada: 25 pontos

Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos

A aplicação do teste transcorreu sem dificuldade, exceto no item referente ao domínio de cálculo aritmético. Dra. Renata mostrou para Michelle na tela do celular o bom resultado obtido: 29. Disse-lhe que o escore médio para depressão não complicada está acima de 25 pontos.

PARA SABER MAIS:

Faça como a Dra. Renata, acesse o site do Ministério da Saúde, na página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Atenção Primária / Calculadoras / Mini exame do estado mental, que está disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde. **Calculadoras**. Mini exame do estado mental. São Paulo, [201?].

Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/index.php?page=11>. Acesso em: 31 mar. 2019. Está disponível para plataformas MS Windows e Android, ainda não há para macOS e iOS.

Veja no ANEXO a reprodução do site acima citado na forma quadro (Quadro x).

3.1 Falando um pouco sobre depressão

Os transtornos depressivos foram classificados como a quinta maior causa de incapacidade no Brasil, em 2016, como no estudo de 1990 (MARINHO, 2018).

Embora o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais — DSM-5 da American Psychiatric Association continue sendo uma classificação categórica de transtornos individuais, os transtornos mentais nem sempre se encaixam totalmente dentro dos limites de um único transtorno. [...] Alguns domínios de sintomas, como depressão e ansiedade, envolvem múltiplas categorias diagnósticas e podem refletir vulnerabilidades subjacentes comuns a um grupo maior de transtornos. O reconhecimento dessa realidade fez os transtornos incluídos no DSM-5 serem reordenados em uma estrutura organizacional revisada, com o intuito de estimular novas perspectivas clínicas. Essa nova estrutura corresponde à organização de transtornos planejada para a CID-11, cujo lançamento está programado para 2015 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

[...] Essa especificidade dos transtornos mentais presentes na Atenção Básica, caracterizada por quadros subclínicos e significativa comorbidade entre as diversas síndromes, motivou a criação de uma classificação especial para os transtornos mentais na Atenção Básica, a CID10 AP (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998) [...] (PEREIRA, 2020).

As doenças psiquiátricas mais prevalentes na Atenção Básica são a somatizações, os transtornos depressivos e transtornos ansiosos (PEREIRA, 2020). Há quatro manifestações principais de transtornos depressivos, com sintomas semelhantes em cada grupo (FLECK, 2009; NETO, 2019; RAJ, 2020).

3.2 Transtorno de ajuste com humor deprimido

A depressão pode ocorrer em reação a algum agente estressante identificável ou situação adversa da vida, das mais variadas naturezas, como a perda de uma pessoa por morte (reação de luto), divórcio, etc. O transtorno causa prejuízo social ou ocupacional e ocorre dentro de três meses após o fato. Os sintomas variam de tristeza leve, ansiedade, irritabilidade, preocupação e falta de concentração, desânimo e queixas somáticas até os sintomas mais graves da depressão franca.

3.3 Transtornos depressivos

As subclassificações incluem o transtorno depressivo maior e o transtorno depressivo persistente (distímia).

Transtorno depressivo maior

O **transtorno depressivo maior** consiste em uma síndrome de humor, sintomas físicos e cognitivos que podem surgir em qualquer momento da vida. As queixas, na maioria das vezes, incluem perda de interesse e prazer (anedonia), abandono das atividades e sentimento de culpa. Também estão incluídas a incapacidade de concentração, alguma disfunção cognitiva, ansiedade, insônia, fadiga crônica, sentimentos de inutilidade, queixas somáticas (queixas somáticas inexplicáveis frequentemente indicam depressão), perda de desejo sexual e pensamentos de morte. Na forma psicótica, há sintomas como delírios, paranoia, alucinações (menos comum) que ocorrem em até 14% de todos os pacientes com depressão maior e em 25% dos pacientes hospitalizados com depressão. Os sintomas paranoicos podem variar de suspeita geral a ideias de referência com delírios.

Outras subcategorias do transtorno depressivo maior incluem **depressão maior com características atípicas** (hipersonia, excesso de comida, letargia e reatividade do humor, na qual o humor se ilumina em resposta a eventos ou notícias positivas); a **depressão maior melancólica** (falta de reatividade do humor observada na depressão atípica); a **depressão maior com início sazonal** (disfunção dos ritmos circadianos que ocorre mais comumente nos meses de outono e inverno); a **depressão maior com início periparto**, que ocorre durante a gravidez ou começa até quatro semanas após o parto, o **transtorno disfórico pré-menstrual**, que pode surgir durante a fase lútea tardia (últimas duas semanas) do ciclo menstrual.

Transtorno depressivo persistente (distímia)

O transtorno depressivo persistente (distímia) se caracteriza por sua cronicidade e, geralmente, apresenta sintomas mais leves, mas que duram mais do que aqueles em um episódio depressivo maior.

3.4 Transtorno bipolar

O transtorno bipolar consiste em alternância de dois ou mais episódios de incontrolável excitação e euforia com episódios depressivos. A capacidade do transtorno bipolar de imitar aspectos de muitos outros transtornos coincidentes e importantes da saúde mental e uma alta comorbidade com o abuso de substâncias podem dificultar o diagnóstico inicial do transtorno bipolar.

O bipolar I é diagnosticado quando uma pessoa tem episódios maníacos. Para aquelas que experimentam episódios hipomaníacos sem mania franca, o diagnóstico é bipolar II.

O transtorno bipolar deve ser pensado se, no acompanhamento da pessoa, houver períodos de intensa e incontrolável excitação e euforia alternadamente aos sintomas depressivos, ou naqueles em que o uso de antidepressivos provoque agitação psicomotora.

3.5 Transtornos do humor secundários a medicamentos e doenças

Depressão pode ser causada por inúmeras drogas e doenças, especialmente as crônicas, como artrite reumatoide, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral e doenças cardíacas crônicas, assim como outras doenças crônicas. Alguns transtornos endócrinos, como o hipotireoidismo e o climatério, distúrbios neurológicos e metabólicos fazem parte do diagnóstico diferencial de depressão. Neoplasias, cujo exemplo relevante é o câncer de pâncreas, podem ser acompanhadas de depressão. O alcoolismo, com frequência, coexiste com depressão grave. Determinadas medicações, como alguns anti-hipertensivos, hormônios e medicações antineoplásicas podem desencadear depressão.

Na esquizofrenia, o quadro inicial pode ter embotamento, isolamento social e sonolência, podendo se confundir com um transtorno depressivo.

A concomitância de distúrbios depressivos com doenças crônicas pode gerar muitos efeitos negativos no processo evolutivo do quadro clínico, diminuindo a adesão ao tratamento proposto, impossibilitando ou dificultando a mudança de hábitos e exacerbando os sintomas da doença prévia. É muito comum a peregrinação dessas pessoas pelo sistema de saúde, insatisfeitas com o atendimento prestado pelos profissionais.

3.6 Critérios diagnósticos para depressão

A maioria dos pacientes deprimidos procura os serviços de saúde pelas mais diversas razões, principalmente com sintomas ditos somáticos: dores, insônia, perda de apetite, indisposição geral. A elevada prevalência de distúrbios depressivos na população geral obriga os profissionais de saúde a ter alto grau de suspeição sobre a possibilidade desse diagnóstico ao atender e entrevistar os pacientes.

De modo geral, para que uma pessoa tenha diagnóstico de transtorno de ajuste de humor ou transtorno depressivo, ela deve ter apresentado, nas duas últimas semanas, cinco das características descritas no Quadro 28, sendo que ao menos uma delas deve ser a primeira lista. Esses sintomas devem causar incômodo clinicamente significativo e incapacidade ocupacional ou em outros setores funcionalmente importantes.

Quadro 28 – Lista de sintomas para o diagnóstico de transtorno depressivo

Primeira lista	Segunda lista
Humor deprimido na maior parte do dia em quase todos os dias;	1. Perda ou aumento de peso significativo, mudança superior a 5% num mês ou aumento ou perda de apetite.
	2. Insônia ou hipersonia (sonolência excessiva).
	3. Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias, constatável pelos outros, não meramente sentimentos subjetivos de inquietação ou de lentidão.
	4. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
Perda de interesse ou de satisfação em relação à maior parte das atividades (anedonia).	5. Baixa autoestima ou sentimentos de inadequação e culpabilidade — que podem ser delirantes — quase todos os dias (não meramente autoacusação por estar doente).
	6. Capacidade intelectual ou de concentração diminuída ou indecisão e dúvida, quase todos os dias.
	7. Ruminações sobre morte — não apenas medo de morrer —, ideação suicida recorrente sem que haja um plano traçado ou tentativa de suicídio ou plano para atentar contra a vida.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Além disso, é preciso ter presentes algumas evidências que podem orientar o diagnóstico e cuidadoso acompanhamento de uma pessoa com suspeita de depressão, atentando que é mais frequente em mulheres e que é um transtorno crônico, recorrente e incapacitante.

3.7 Suicídio: complicação mais importante

A complicação mais importante é o suicídio. Por isso, em todo caso suspeito de depressão, é muito importante que se pesquise cuidadosamente o intuito de conduta suicida, especialmente se há a percepção de que se trata de um sofrimento intenso e a pessoa não verbalizou durante a consulta que tem pensado em suicídio. Perguntar sobre isso pode ajudar muito. Quando a pessoa pensa em suicídio, é porque está se sentindo desesperada, não vê saída para algumas situações impostas pela vida, ou assim percebidas (PEREIRA, 2020; NETO, 2019; RAJ, 2020).

Em pacientes com transtorno bipolar I, o risco é maior, com até 20% dos indivíduos morrendo de suicídio. Homens com mais de 50 anos são mais propensos a concluir um suicídio por causa de sua tendência a tentar o suicídio com meios mais violentos, principalmente armas. Um aumento da taxa de suicídio está sendo observado na população mais jovem, com idades entre 15 e 35 anos. Pacientes com câncer, doenças respiratórias, Aids e aqueles em hemodiálise têm maiores taxas de suicídio. O uso de álcool é um fator significativo em muitas tentativas de suicídio (PEREIRA, 2020; NETO, 2019; RAJ, 2020).

O objetivo imediato consiste em avaliar o risco real e atual de suicídio e a necessidade de hospitalização versus tratamento ambulatorial. Talvez a pergunta mais útil seja perguntar à pessoa quantas horas por dia ela pensa em suicídio. Se for mais de uma hora, o paciente está em alto risco. Uma avaliação mais aprofundada do risco, perguntando sobre intenções, planos, meios e fatores que inibem o suicídio (por exemplo, fortes laços com as crianças ou a igreja) é essencial (PEREIRA, 2020; NETO, 2019; RAJ, 2020).

A equipe da Atenção Básica deverá estabelecer contato franco e aberto com o usuário e seus familiares, organizar uma estrutura de proteção continuada.

A indicação de internação hospitalar ou em Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) que possuem leitos noturnos deverá ser instituída sempre que houver ideiação de autoextermínio persistente, especialmente se há transtorno psiquiátrico ou comportamental grave associado, por exemplo, usuários com depressão grave, psicóticos em crise, dependentes químicos e indivíduos com impulsividade evidente. (PEREIRA, 2020; NETO, 2019; RAJ, 2020).

3.8 O tratamento da depressão

O tratamento médico da depressão

Formas mais leves de depressão geralmente não requerem terapia medicamentosa e podem ser gerenciadas por psicoterapia e pela passagem do tempo.

Em casos graves — particularmente quando os sinais vegetativos são significativos e os sintomas persistem por mais de algumas semanas — a terapia medicamentosa com antidepressivos costuma ser eficaz.

A terapia medicamentosa também é sugerida por uma história familiar de depressão maior em parentes de primeiro grau ou uma história passada de episódios anteriores.

Orientações gerais para o uso de antidepressivos:

1. Geralmente a monoterapia com antidepressivos é a única medicação necessária.
2. Todos os antidepressivos apresentam eficácia similar, o que os diferencia é basicamente o perfil dos efeitos colaterais e a segurança.
3. Para a seleção da droga, avalie história prévia do uso de antidepressivos e utilize aquele ao qual o paciente obteve boa resposta.
4. Caso já tenha usado um grupo farmacológico sem boa resposta (ex.: tricíclico), prescreva um antidepressivo de outro grupo farmacológico (ex.: inibidor de recaptura de serotonina).
5. Lembrar que todos os antidepressivos possuem também alguma ação ansiolítica. O tratamento dos quadros ansiosos geralmente exige doses mais baixas do que para o tratamento dos quadros depressivos.
6. Considerar os efeitos anticolinérgicos em pessoas idosas e, em todos os pacientes com 50 anos ou mais e, em todos que tenham alguma suspeita de cardiopatia, realizar avaliação cardiológica antes e durante o tratamento medicamentoso.
7. Os antidepressivos devem ser usados com cautela em idosos; citalopram e sertralina são preferidos entre os demais. A fluoxetina está mais associada com efeitos colinérgicos.
8. O tratamento com antidepressivos no transtorno bipolar pode precipitar uma crise maníaca.

9. Escolher do antidepressivo com base nas características da depressão, nos efeitos colaterais, risco de suicídio, outros distúrbios clínicos, terapia concomitante, tolerabilidade, custo, danos cognitivos, doenças associadas, etc.

Os medicamentos antidepressivos podem ser classificados em cinco grandes grupos (Quadro 29).

1. os antidepressivos mais recentes, incluindo os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), inibidores seletivos da recaptação da serotonina e da noradrenalina (ISRSN ou IRSN);
2. os antidepressivos clássicos tricíclicos (ACT) e medicamentos clinicamente semelhantes;
3. outros compostos, como a bupropiona, e a mirtazapina;
4. os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e
5. os estimulantes.

**Quadro 29 - Medicamentos antidepressivos comumente usados
no âmbito da Atenção Primária**

Medicamento	Dose habitual por via oral (mg)	Dose máxima diária habitual (mg)	Efeito sedativo ¹	Efeitos anticolinérgicos ¹
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)				
Citalopram	20	60	1	1
Fluoxetina	20	80	1	1
Sertralina	50	200	1	1
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN)				
Duloxetina	40	120	2	3
Venlafaxina	150-225	225	1	1
Compostos tricíclicos e clinicamente similares				
Amitriptilina	75	225	4	4
Imipramina	100-200	300	3	3
Nortriptilina	50	50 - 100	2	2
Outros compostos				
Bupropiona	150	300	1	1
Mirtazapina	30	45	4	2

Fonte: Modificada pelos autores de PEREIRA, 2020; RAJ, 2020.

¹ 1, efeito fraco; 4, efeito forte.

Observação: não se incluem os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e estimulantes, por não serem comumente prescritos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

As reações adversas são muito comuns; entre os usuários de ISRS e ISRSN, em torno de 63% apresentam pelo menos um efeito durante o tratamento. Além de náuseas e vômitos, diarreia, tontura, boca seca, fadiga, dor de cabeça, disfunção sexual, sudorese, tremor e ganho de peso são frequentemente descritos (Quadro 30).

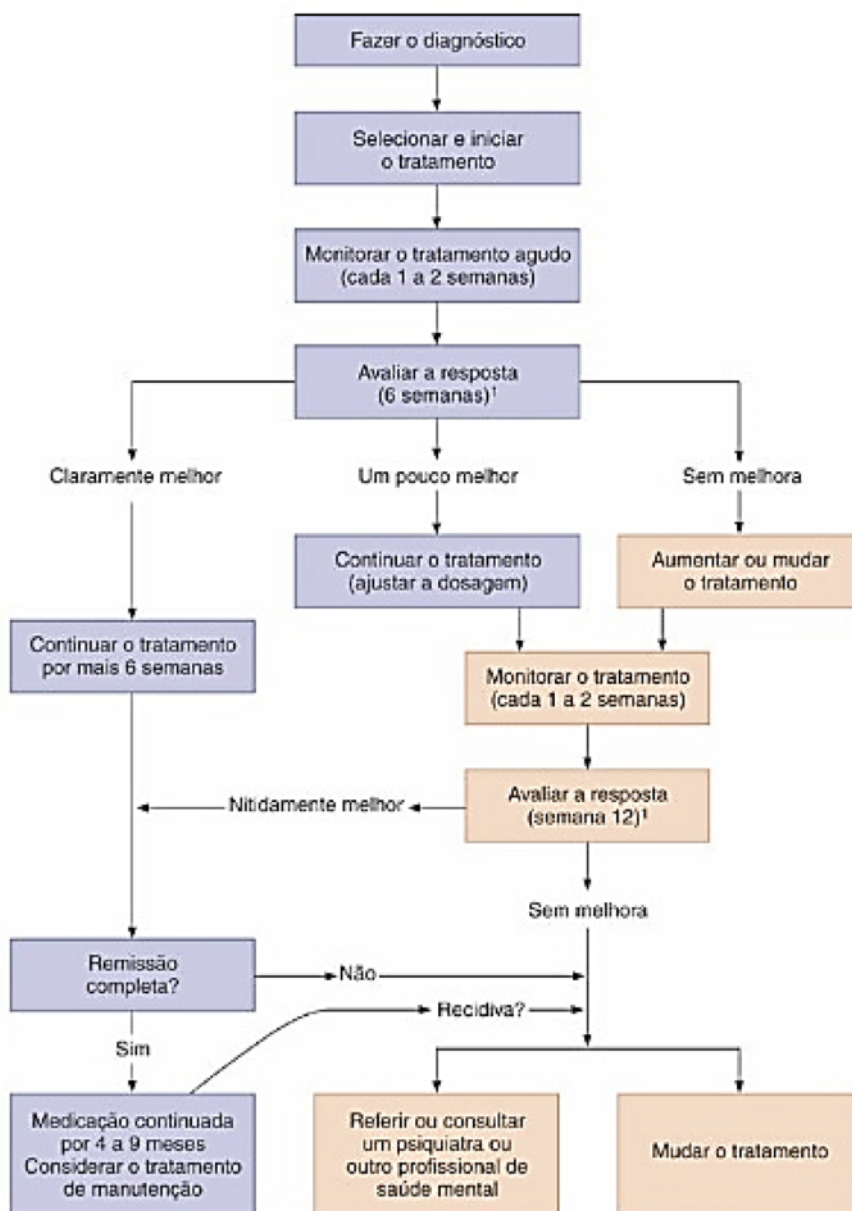
Quadro 30 - Principais efeitos adversos dos antidepressivos

Medicamento	Efeitos adversos						
	Efeito anticolinérgico	Sedação	Insônia	Hipotensão postural	Náusea	Disfunção sexual	Ganho de peso
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs)							
Citalopram	+	+	-	-	++	++	+
Fluoxetina	-	+	-	-	++	+	- / +
Sertralina	-	+	-	-	++	+	+
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSNs)							
Duloxetina	-	-	++	-	++	+	-
Venlafaxina	-	-	++	-	++	+	-
Compostos tricíclicos e clinicamente similares							
Amitríptilina	++++	+++	-	+++	-	+	++
Clomipramina	+++	++	+	++	+	++	++
Imipramina	++	++	+	++	+	+	++
Nortríptilina	+	+	+	+	+	+	++
OUTROS							
Mirtazapina	+	+++	-	+	+	-	++
Bupropiona	-	-	++	-	+	-	-

Fonte: Modificado de NETO, 2019.

A Figura 7 alinha diretrizes de prática clínica que desenham um algoritmo de decisões de tratamento.

Figura 7 – Depressão: algoritmo de decisões de tratamento



Fonte: RAJ, 2020.

Observação da fonte: Reproduzido da Agency for Health Care Policy and Research: Depression in Primary Care. Vol 2: Treatment of Major Depression. United States Department of Health and Human Services, 1993.

Como tratamento médico incluem-se a eletroconvulsoterapia (ECT) e a estimulação magnética transcraniana repetitiva, que são tratamentos procedimentais para a depressão. Essas modalidades são descritas em textos especializados.

Tratamento psicológico

Segundo RAJ, 2020, mesmo que os medicamentos sejam eficazes, faz-se necessária uma abordagem psicológica para fortalecer os mecanismos de enfrentamento que a pessoa preserva e promover adequadamente a necessidade do paciente de continuar no seu trabalho, de se envolver em atividades recreativas, etc., à medida que a gravidade da depressão diminui.

As psicoterapias mais utilizadas são as terapias cognitivo-comportamentais (TCC) e a terapia de resolução de problemas (TRP) (NETO, 2019).

Abordagem social

O uso flexível de serviços sociais apropriados pode ser de grande importância no tratamento da depressão, por exemplo, o apoio dos Alcoólicos Anônimos, quando o abuso de álcool está associado à depressão. É importante, também, a ajuda da família, do empregador ou de amigos. Em alguns casos graves, é indicado o uso de centros de tratamento diurno ou grupos de apoio de um tipo específico (por exemplo, grupos de mastectomia).

Abordagem comportamental

Há evidências de que o exercício, especialmente aeróbico e supervisionado por profissionais, melhore os sintomas depressivos. Quando a depressão é um estilo interpessoal usado regularmente, o aconselhamento comportamental para membros da família ou outras pessoas pode ajudar a extinguir o comportamento no paciente. A ativação comportamental, uma técnica para motivar os pacientes deprimidos a começarem a se envolver em atividades prazerosas, demonstrou ser uma psicoterapia útil e específica para a depressão.

3.9 Quando referenciar

A maioria das situações pode ser manejada na Atenção Primária, mas algumas podem requerer o apoio de um psicólogo, psiquiatra, assistente social ou de instituições, especialmente quando se trata de:

- a) pessoas cujo caso se reveste de complexidade clínica que está além dos recursos da atenção primária;
- b) pessoas que não melhoram após alguns meses de seguimento, deixa de responder totalmente a duas provas medicamentosas, ou cujo estado se agrave muito;
- c) pessoas que apresentam evidente risco de suicídio;
- d) pessoas que manifestam sintomas que sugerem transtorno bipolar;
- e) pessoas que apresentam quadros graves para os quais há razões para se considerar a necessidade de atendimento em CAPS ou hospitalar;
- f) pessoas que podem se beneficiar da psicoterapia formal;
- g) pessoas que carregam problemas psicossociais crônicos.

Seção 4

Considerações sobre os tratamentos instituídos para Michele

A Dra. Renata propõe a abordagem dos problemas apresentados por Michelle, além de orientar a respeito de medidas de promoção e proteção à saúde.

A cefaleia de Michele parece se tratar de enxaqueca, cuja intensidade da dor é moderada a grave, com duração de quatro a 72 horas. É tipicamente pulsátil (latejante), unilateral e, durante a crise, está associada a pelo menos um destes sintomas: náuseas e/ou vômitos, fotofobia (intolerância à claridade) e fonofobia (intolerância a sons). Mas, no relato, as crises de dor trazem impacto negativo na vida de Michele, que se vê privada de melhor qualidade de vida.

Em relação à enxaqueca, a médica da Equipe considerou, além de orientações sobre mudanças no estilo de vida, o uso de medicações para o controle da dor, visando a:

1. analgesia: uso de medicamentos apropriados nas crises (escolha de um anti-inflamatório não esteroide e um triptano, em caso de dor forte);
2. medicação profilática: a concomitância de quadro depressivo e enxaqueca permitiu à médica a escolha de medicação eficaz para as duas situações. Michele tem indicação de medicação profilática para enxaqueca, pois tem três ou mais crises por mês e apresenta grau de incapacidade importante - pessoal, familiar, social e produtiva.

Em virtude do quadro depressivo associado à enxaqueca, a Dra. Renata optou por um antidepressivo tricíclico, a amitriptilina, utilizada como profilático das crises de enxaqueca.

Como o tratamento antidepressivo deve ser entendido de forma globalizada, levando-se em consideração o ser humano como um todo – dimensões biológicas, psicológicas e sociais, Michele foi encaminhada à psicóloga da equipe multiprofissional para avaliação, que achou prudente sessão de psicoterapia individual, e foi plenamente aceita pela paciente.

A dor lombar de Michele não apresentava critério de gravidade (alertas vermelhos). Portanto, foi prescrito naproxeno por uma semana para alívio da dor, e seu tratamento foi focado na

linha de educação, com programas de reabilitação física, visando à minimização da inatividade e recuperação do tônus muscular, melhora do condicionamento físico e controle do peso. Foi encorajado o acesso a programas de fisioterapia da equipe.

Michelle deve retornar em dois meses e, em caso de manutenção ou piora da dor, será avaliada a troca de esquema analgésico, necessidade de exames complementares e encaminhamento à especialidade.

Finalizando Unidade 4

Tenho medo de estar com uma doença grave

Todos os dias, os profissionais de saúde deparam com pessoas com problemas de saúde desafiadores, seja pela cronicidade da situação ou pelo contexto emocional e social envolvido.

O caso Michele mostra atendimento bastante comum nas UBS e apresenta opções possíveis para a atenção em casos semelhantes, valorizando a abordagem integral da pessoa e buscando a satisfação real das necessidades daquelas que buscam assistência. Devemos nos perguntar: “o que fez a pessoa vir a esta consulta?” – em vez do formal questionamento: “o que lhe traz aqui hoje?”.

Unidade 5

Já vem Dona Edilene de novo

Unidade 5

Já vem Dona Edilene de novo

Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular (ALVES, 2013, *on-line*).

Nesta unidade vamos tomar como referência uma condição clínica comum — uma síndrome respiratória viral aguda —, a partir da qual se identifica que a usuária comparece excessivamente à Unidade de Saúde. É enfatizada a “hiperutilização” do serviço de saúde por alguns pacientes, chamados “hiperutilizadores” ou “hiperfrequentadores”, e são abordadas as estratégias pelas quais a equipe de saúde pode organizar a atenção a essa demanda.

Outros assuntos mencionados no caso a seguir dizem respeito à avaliação pré-operatória no âmbito da Atenção Primária e ao manuseio de uma ferramenta para estratificação do risco cardiovascular.

Espera-se que, ao final desta unidade, você seja capaz de:

- compreender a “hiperutilização” dos serviços de saúde por alguns pacientes;
- identificar sinais de alarme em pessoas com condições respiratórias agudas;
- compreender os princípios que regem a avaliação pré-operatória no âmbito da atenção primária;
- aplicar o escore de risco cardiovascular global para o caso.

Seção 1

Os hiperutilizadores / hiperfrequentadores

O caso de Dona Edilene

Edilene, 42 anos, há dois anos moradora na área de abrangência, comparece à Unidade de Saúde e, após relatar suas queixas no acolhimento, é encaminhada para consulta de enfermagem.

Durante consulta com o enfermeiro Pedro Henrique, relata que está com coriza nasal hialina há quatro dias, tosse leve, oligoprodutiva e rouquidão. Nega dispneia, febre ou outros sintomas. Está com medo de “coronavírus”, pois, como ela diz, “a situação está muito grave no Brasil e no noticiário da TV disseram que, em caso de qualquer sintoma de pandemia, o paciente deveria procurar a Unidade de Saúde”.

Edilene, que está em controle ginecológico devido a miomatose uterina, mostra pedido da ginecologista do Centro de Referência em Saúde, solicitando risco cirúrgico para histerectomia e correção de hérnia incisional. É hipertensa e está fazendo uso correto da medicação.

Ao exame físico apresenta bom estado geral, corada, hidratada, afebril (36.5 °C); ativa e comunicativa. Peso; 60 kg; altura, 1,55 m e o IMC: 24,9 kg/m². Oroscopia: hiperemia de orofaringe.

ACV: as bulhas normorrítmicas, em dois tempos; os pulsos, rítmicos, simétricos, cheios; a PA: 130x80 mmHg, e a FC: 70 b.p.m. AR: eupneica, os sons respiratórios normais, e a FR: 12 i.r.p.m. O abdome está livre. Não há evidências de que Edilene apresente sinais ou sintomas depressivos. Casada há 22 anos, diz que vive bem com o marido e três filhos solteiros de 18, 20 e 22 anos. Concluiu o ensino fundamental. Edilene se mostra preocupada com os filhos, pois, o lugar onde mora é muito perigoso e tem medo de que eles se envolvam com drogas. Por isso, sempre os traz à Unidade, solicitando avaliações da equipe, pois sempre acha que não estão com boa saúde. Nos últimos 12 meses, esteve na Unidade 15 vezes. Ela divide seu tempo entre os afazeres domésticos, tais como assistir à televisão e ficar assentada no passeio conversando com as vizinhas. Já trabalhou como doméstica por oito meses, mas estava ficando muito cansada, ganhava pouco e o serviço era longe de sua residência.

Observe como a avaliação do enfermeiro Pedro Henrique busca contemplar, além da anamnese dirigida para o problema da paciente, um exame físico sistematizado, com parâmetros objetivos, o que permite que obtenha dados que, uma vez interpretados, sirvam de base para a escolha das intervenções de enfermagem, identificando fatores de risco e sinais de alerta. Revisando o histórico de Edilene no prontuário da família, Pedro Henrique verifica que ela sempre manifesta queixas e preocupações variadas e de aparecimento recente. Na quase totalidade dessas situações, não há correlação com qualquer quadro clínico e Edilene fica tranquilizada após receber orientações e ter suas dúvidas esclarecidas.

Como pode ser verificado, Edilene, por diversas razões, além de queixas físicas, tem grande necessidade de comparecer à UBS. O motivo pelo qual uma pessoa procura por atendimento de saúde resulta da interação de fatores sociais, físicos e psicológicos.

Nas UBS, com frequência, são atendidos pacientes que apresentam repetidas e múltiplas queixas de caráter aparentemente somático, sem que se consiga correlacioná-las clinicamente a um problema orgânico. Essas situações constituem um desafio para a prática clínica. São motivos de comentários sarcásticos e apelidos nas unidades de saúde, como “poliqueixosas”, “pitiáticos”, etc., além de frequentemente serem vistos como simuladores. Esse grupo representa significativa parcela dos pacientes atendidos em Unidades de Atenção Primária e em alguns serviços secundários e terciários.

De todas as consultas médicas disponíveis, 40 a 50% são ocupadas por 10 a 15% da população. Nesse percentual encontram-se os pacientes chamados “hiperutilizadores” ou “hiperfrequentadores”. O “hiperutilizador” é um paciente com uma série de sintomas físicos ou psicológicos recorrentes ou intermitentes, sem correlação clínica. Como grandes utilizadores do sistema de saúde, os “hiperutilizadores” fazem por volta de uma consulta ou mais por mês, totalizando 12 ou mais consultas por ano. O “problema” da “hiperutilização” é complexo e se deve, pelo menos em parte, a manifestações de grandes problemas sociais. Esse fato pode explicar o sentimento de frustração dos profissionais quando estão diante de um “hiperutilizador”.

Algumas características dos “hiperutilizadores”, segundo a literatura, são:

- gênero feminino;
- idade, especialmente com mais de 65 anos;
- estado civil: divorciados e viúvos;
- disfunção conjugal (crise e insatisfação conjugal);
- baixo suporte social;
- doenças físicas;
- doenças psiquiátricas e somatização;

- má-percepção de seu estado de saúde;
- fatores sociais: desemprego, isolamento social, aposentadoria;
- problemas familiares —alguns fatores possuem expressivo efeito no adoecimento familiar: famílias em que um ou mais membros sofrem de depressão, alcoolismo, esquizofrenia, estados ansiosos, além de desajuste matrimonial e marido com dependência econômica da esposa, entre outros;
- procura frequente por unidades de saúde em decorrência de acontecimentos vitais estressantes, crises e disfunções familiares.

1. Sugestões para o manejo dos pacientes “hiperutilizadores”

- Agendar consultas priorizando os casos mais complicados.
- Promover abordagem biopsicossocial – discussão sobre os problemas emocionais do paciente e sua relação com o problema descrito: tentar compreender as necessidades da pessoa numa perspectiva mais integral, a partir da escuta qualificada: voltada para as necessidades do paciente, acolhendo suas queixas, sem censurá-lo; evitar expressões como: “você não tem nada...” ou “seu problema é psicológico” e procurar tranquilizá-lo, falando-lhe sobre a benignidade do problema.
- Considerar a coleta de informações como o centro do processo: a entrevista centrada no paciente deve ser a estratégia utilizada durante as consultas, abordando a experiência do paciente no contexto de seu adoecimento —história clínica, social, psicológica, familiar, cultural.
- Manter registros/prontuários de boa qualidade, o que tem sido associado ao conveniente cuidado, pois, se não for possível recorrer aos registros sobre quais problemas tem o paciente, será muito difícil sua abordagem satisfatória.
- Verificar, junto aos pacientes, se as atividades desenvolvidas naquele serviço de saúde correspondem às suas expectativas.
- Apoiar os profissionais para a assistência a esses pacientes: educação permanente, apoio psicológico, técnicas em grupo, etc.
- Discutir os casos mais complicados com a equipe de Saúde Mental de referência.
- Procurar avaliar quadros de depressão e ansiedade e tratá-los adequadamente e, se necessário, encaminhar a pessoa ao especialista para avaliação.
- Identificar e acionar mecanismos de suporte social.

- Incentivar o autocuidado e a autonomia.
- Fazer abordagem familiar: é importante ressaltar que a doença pode ter uma função na família.

Frequentadores assíduos das unidades de saúde, os pacientes “*hiperutilizadores*”, provocam na equipe de saúde a sensação de manejo inadequado do caso: mesmo com o uso da medicação adequada, o curso da doença não melhora. Em alguns casos, é possível identificar que os adoecimentos surgem nos momentos de crise, desviando a atenção da situação-problema para uma condição aguda e permitindo que a tensão diminua, pois a família acaba por focar suas atenções no membro doente. Nesses casos, a investigação de um estressor familiar esclarece a gênese do problema e permite a abordagem adequada.

Para muitos pacientes, a doença é a única forma que conhecem de lidar com situações-problemas. Os profissionais de saúde devem entender a função do sintoma e como a família se organiza em função do doente. É necessário identificar se há fatores familiares que atuam como desencadeantes ou agravantes de crises e discuti-los abertamente com toda a família, lembrando sempre que os outros membros podem ser atingidos pela condição.

Seção 2

Infecções agudas do trato respiratório

Grande parte dos atendimentos a casos agudos em UBS é atribuída às infecções respiratórias agudas (IRA). De origem preponderantemente viral, correspondem a uma das principais causas de prescrição abusiva e errônea de antibióticos na prática médica ambulatorial, com deletérias consequências individuais (riscos, custo) e coletivas (desenvolvimento de resistência microbiana). Tosse é o sintoma mais frequente nesses pacientes, frequentemente acompanhada de outras manifestações respiratórias e sistêmicas. A maioria dos pacientes atendidos manifesta resfriado comum, exacerbação de bronquite crônica, gripe, rinossinusite, amigdalite ou pneumonia, sendo que a maioria dos casos atendidos apresenta infecção respiratória alta.

FIQUE ATENTO...

Embora as infecções respiratórias altas sejam comuns e usualmente autolimitadas, é exagerado o uso de antibacterianos nessas condições, acompanhando a alta frequência com que essas doenças ocorrem. Geralmente, as prescrições se justificam quando, após os sintomas iniciais, há mudança de aspecto de secreções, que se tornam mais espessas e assumem aspecto similar ao das infecções bacterianas, com aumento da colonização da população bacteriana residente na árvore respiratória.

PARA DETALHES SOBRE TRATAMENTO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS, LEIA:

“Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas” (WANNMACHER, 2006), que está disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=507-evidencias-sobre-uso-antibacterianos-nas-infeccoes-respiratorias-altas-v-4-n-1-2006-7&category_slug=uso-razional-medicamentos-685&Itemid=965

Na maioria das vezes, as infecções das vias aéreas superiores (IVAS) são afecções autolimitadas, com evolução satisfatória e que podem ser tratadas apenas com medicação sintomática. Entretanto, é necessário que os profissionais de saúde de Atenção Primária conheçam e reconheçam os sinais de gravidade de uma infecção respiratória aguda.

1. Dois aspectos principais devem ser avaliados no atendimento a um paciente com infecção respiratória aguda

1. Fatores de risco

Idade acima de 60 anos; imunossupressão; doenças crônicas: hemoglobinopatias, diabetes *mellitus*, cardiopatias, pneumopatias, doenças renais e hepáticas crônicas, neoplasias; gestação; contato com outras pessoas da família ou não com sintomas semelhantes ou diagnóstico de infecção respiratória viral; paciente institucionalizado.

2. Sinais de gravidade

Confusão mental; dispneia, frequência respiratória igual ou superior a 30 i.r.p.m; frequência cardíaca igual ou acima de 125 b.p.m; PA diastólica inferior a 60 mmHg e/ou PA sistólica inferior a 90 mmHg; temperatura abaixo de 35 °C ou acima de 40 °C.

Pedro Henrique faz avaliação de Edilene, identificando doença respiratória aguda, de etiologia provavelmente viral, que não apresenta fatores de risco, nem quadro clínico com sinais de alerta para doença respiratória grave. Ela não viajou a outras cidades nos últimos meses bem como seus familiares, que estão saudáveis. Pedro Henrique prescreve soro fisiológico nasal e paracetamol, em caso de dor ou febre; orienta por escrito sobre sinais de alerta a serem observados na evolução da doença e sobre ingestão de líquidos, alimentação e ventilação do ambiente domiciliar, onde deve se manter, observando as medidas de higiene, que lhe foram passadas detalhadamente. É orientada a retornar à unidade, caso necessário, mas lhe informa que não há ainda nenhum registro de COVID-19 na cidade e nos municípios próximos.

Agenda consulta para Edilene com a Dra. Renata para dois meses depois, para pesquisa de risco cirúrgico.

Pedro Henrique apresenta o caso à equipe e registra sua impressão sobre a “hiperutilização” de Edilene no prontuário para abordagem em momento propício. Durante reunião de equipe, comenta o caso com a Dra. Renata, a auxiliar de enfermagem Joana e os agentes comunitários de saúde.

2. Dra. Renata avalia Edilene

Dois meses depois do atendimento da Dona Edilene, o enfermeiro Henrique lhe pergunta se pode agendar a consulta com a Dra. Renata, com o que concorda Dona Edilene.

Na consulta médica, a Dra. Renata avalia Edilene e lhe presta esclarecimentos sobre a cirurgia para a retirada do útero. Pergunta sobre suas expectativas e temores em relação à histerectomia e esclarece suas dúvidas. Durante a anamnese, a Dra. Renata observa que a preocupação maior de Edilene é um problema antigo que, segundo ela, vem desestruturando sua vida conjugal: uma hérnia incisional. Relata que a hérnia está presente há 10 anos e que já foi avaliada por outros médicos que consideraram “bobagem” operar uma hérnia “tão sem importância”. Durante a anamnese, a Dra. Renata faz a abordagem centrada na paciente e valoriza seus sentimentos e necessidades.

3. Entrevista da Dra. Renata centrada na pessoa da Dona Edilene

Médica: Como foi o período de isolamento domiciliar que o enfermeiro Henrique lhe recomendou?

Dona Edilene: Foi tudo bem, doutora. Logo, logo melhorei daquela gripe, mas fiquei com muito medo. Todas as pessoas de minha família seguiram também as orientações que passei para elas.

Médica: O que você tem é uma hérnia incisional. Foi ocasionada pelos vários cortes realizados no mesmo local, durante as cesarianas. Você tem desejo de operar a hérnia?
Dona Edilene: Sim, doutora, mas essa cirurgia sendo realizada junto da retirada do útero tem risco de morte?

Médica: Qualquer cirurgia tem risco de complicações, mas na maior parte dos casos esse procedimento é bem-sucedido. No seu caso, você tem hipertensão controlada e, apesar de fumar, não tem problema grave de saúde. Você se sente incomodada com essa hérnia?

Dona Edilene: Sim. Tenho vergonha de tirar a roupa perto do Tião, meu marido, pois minha barriga está muito feia. Então fico dando desculpas para não ter relações sexuais. Meu marido diz que não tem problema, que não liga para isso, mas homem repara sim... Então, estamos tendo problemas no casamento, pois ele diz que eu devo ter outro homem, pois eu o estou evitando. Já faz seis meses que eu não tenho relações sexuais com ele. Além disso, fico menstruada mais tempo por causa dos miomas.

Médica: Algo mais atrapalha seu relacionamento com seu marido?

Dona Edilene: O Tião bebe um pouco... A senhora sabe... Fica no bar até tarde, mas é trabalhador, não deixa faltar as coisas em casa e nunca bateu em mim ou coisa assim. Como estou sem ter relações com ele, parece que ele fica mais fora de casa, no bar, bebendo mais. Ele está muito aborrecido comigo.

Médica: Você acha que, se esse problema da hérnia for resolvido, as coisas podem melhorar? Antes da hérnia, o relacionamento era bom?

Dona Edilene: Ah, sim. Eu gosto muito dele, pois ele foi muito bom pra mim desde que

nos conhecemos. Minha família era muito pobre, meu pai bebia muito e maltratava a gente e, quando me casei, o Tião me tirou daquele inferno. Ele sempre foi atencioso e carinhoso comigo. Não vejo a hora de voltarmos ao normal. Afinal, mulher também sente falta, não é?

Médica: Claro. O bom relacionamento entre o casal é fundamental para a saúde emocional de ambos... Você tem se sentido muito preocupada com sua saúde?

Dona Edilene: Sim. Eu fico com medo de morrer. Nem sempre foi assim. Há alguns anos eu venho me sentindo meio insegura. Quando estou doente, o Tião fica preocupado comigo também.

Médica. Entendi. Após sua cirurgia vamos conversar mais sobre sua história e sua família. Quem sabe, após essa cirurgia, o relacionamento de vocês volte ao que era antes e você consiga recuperar sua autoestima e ficar mais segura?

Dona Edilene: Estou esperando muito por isso.

Médica (Após o exame físico de Edilene): Bom, aqui estão seus pedidos de exames. Os últimos exames que você realizou foram feitos há três anos. Quando os resultados estiverem prontos, traga-os para mim e eu a encaminharei para a cirurgia. Na próxima consulta lhe explicarei os detalhes do procedimento cirúrgico. Qualquer dúvida, fale comigo, combinado?

Dona Edilene: Muito obrigada, Dra. Renata. Assim que tudo estiver pronto, volto com os exames.

Médica: Até logo, Edilene... Tenha uma boa semana.

O EXAME FÍSICO DE DONA EDILENE

Peso: 60 kg; altura: 1,55 cm; IMC: 24,9 kg/m²; cintura = 72 cm;

Bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica;

Pescoço: sem linfonodos palpáveis, elásticos, indolores, com 5mm de diâmetro;

ACV: bulhas normorrítmicas, normofonéticas em dois tempos. Pulsos rítmicos, simétricos, cheios;

PA: 125x80 mmHg (em uso de captopril, 25 mg, e hidroclorotiazida, 25 mg), FC: 68 b.p.m.;

AR: sons respiratórios normais, eupneica, FR: 14 i.r.p.m.;

Abdome: grande hérnia incisional, com quase 8 cm de abertura, na linha medial, infraumbilical, em cicatriz de cesárea. Útero palpável a 10 cm da sínfise púbica; peristaltismo fisiológico;

ALM e SN: sem anormalidades aparentes.

A médica lê no prontuário que Edilene teve infecção viral há dois meses. No momento, está assintomática. Essa alteração observada ao exame físico (linfadenomegalia cervical) corresponde a um achado casual, ou seja, a profissional encontra um episódio que, neste caso, não se correlaciona com sintoma algum e que não interferirá na conduta em relação ao objetivo proposto para essa paciente: avaliação de risco cirúrgico. A médica decide aguardar a próxima consulta para o acompanhamento desse achado.

PARA REFLETIR

A indicação de exames complementares deve ser feita com racionalidade e responsabilidade (“o que este exame acrescentará ao desfecho do caso em questão?” “O exame alterará minha conduta?”), lembrando que eles não estão isentos de riscos. O exagero no número e na indicação de exames pode ocasionar: aumento dos custos e sobrecarga para o serviço de saúde; ansiedade para os pacientes; desvalorização do exame clínico (substituição da anamnese e do exame físico pela realização de exames complementares); atrasos no diagnóstico; diagnóstico equivocado e prejuízos à saúde do paciente (iatrogenia).

4. Dra. Renata e a demora permitida

A Dra. Renata, diante do constatado, se permite uma atitude conservadora, baseada no acompanhamento da evolução do quadro clínico, sem, no entanto, agir com displicência. Isso traz benefícios para a paciente, a profissional e o serviço de saúde.

Essa estratégia usada pela médica é conhecida como **demora permitida**. Evita-se, assim, a medicalização de sintomas que acabarão por culminar em remissão espontânea e a solicitação de exames complementares desnecessários, permitindo ao profissional a adoção de condutas coerentes. É importante que o profissional, no caso a médica, esteja convencido de não se encontrar ante uma urgência e que tenha ideia formada sobre o tempo que lhe é permitido esperar sem risco para o paciente. Nesses casos, é fundamental assegurar-lhe, em caso de necessidade, fácil acesso ao atendimento na Unidade.

A médica solicita os exames de risco cirúrgico direcionados pela história clínica, exame físico e pelo porte do procedimento cirúrgico. Agenda o retorno de Edilene para duas semanas, com os resultados de exames.

Após duas semanas

Edilene retorna assintomática e seu exame físico permanece inalterado desde a última consulta, há duas semanas, exceto pelo desaparecimento do linfonodo cervical. A Dra. Renata avalia os exames pré-operatórios, reconhecendo-os sem alterações.

A médica fornece relatório detalhado contendo a avaliação pré-operatória, liberando Edilene para a cirurgia, e a orienta a cessar o tabagismo quatro a oito semanas antes do procedimento cirúrgico e a manter o uso regular das medicações.

PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE HIPERUTILIZADORES, LEIA:

AUGUSTO, D. K. **Cuidado à pessoa com multimorbidade e polimedicamentos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 56p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Material_Impresso-Cuidado_pessoa-com-multimorbidade_e_polimedicamentos.pdf.

Seção 3

A avaliação pré-operatória na Atenção Primária à Saúde

A avaliação pré-operatória inicia-se a partir de informações fornecidas pela equipe cirúrgica sobre o procedimento (tipo de cirurgia e de anestesia, possíveis alternativas menos invasivas, etc.). Deverão ser registrados dados da anamnese e o exame físico deve ser realizado de forma objetiva, buscando fatores diretamente relacionados ao procedimento cirúrgico proposto. A partir dessas informações, pode-se estimar a capacidade funcional do paciente; obter informações sobre doenças ocultas; identificar práticas que necessitam de interrupção (ex.: tabagismo); definir medicações que devem ser suspensas, mantidas ou iniciadas até a cirurgia, no pré e/ou no pós-operatório.

A anamnese e o exame físico bem feitos são a melhor forma de se fazer o rastreamento (*screening*) de doenças. O diagnóstico clínico — e não os exames laboratoriais — é a base para a mudança dos planos operatórios.

3.1 Exames complementares

O exame complementar não substitui o exame clínico apropriado do paciente e não supre a deficiência técnica do profissional. O processo de elaboração do diagnóstico exige um **corpo de conhecimentos** no tocante à solicitação dos exames e no momento da interpretação dos resultados. Sem esse embasamento, o profissional certamente não terá feito uma boa avaliação clínica e, provavelmente, solicitará exames desnecessários ou se esquecerá de pedir outros importantes para aquele paciente. Os exames laboratoriais são importantes para garantir que a condição pré-operatória seja satisfatória, quando se suspeita ou se diagnostica uma doença durante a avaliação clínica ou quando se deseja avaliar o grau de comprometimento funcional de um órgão ou de um sistema comprometido por uma condição mórbida.

Portanto, a solicitação de exames laboratoriais de “rotina” não deve ser estimulada, mas sim baseada em cada caso. Deve-se respeitar a rotina estabelecida em cada instituição, que deverá ser amplamente discutida e analisada. O único consenso que existe em relação a exames pré-operatórios é que nenhum deve ser pedido de rotina, isto é, não há evidência clínica para a padronização de exames para todo e qualquer paciente.

Veja os exames laboratoriais de Edilene no Quadro 31.

Quadro 31 – Resultados dos exames laboratoriais de Edilene

Exame	Resultado	Valores de referência
Glicemia	87 mg/dL	< 100 mg/dL
Colesterol total (CT)	160 mg/dL	Desejável: < 200 mg/dL; Limítrofe: 200 a 239 mg/dL; Alto: ≥ 240 mg/dL
Colesterol HDL (<i>high-density lipoprotein</i>)	50 mg/dL	Desejável: > 60 mg/dL Baixo: <40 mg/dL
Colesterol LDL (<i>low-density lipoprotein</i>)	90 mg/dL	Desejável: 100 – 129 mg/dL; Limítrofe: 130 e 159 mg/dL; Alto: 160 - 189mg/dL Muito alto: ≥ 190
Triglicérides (TG)	100 mg/dL	Desejável: <150 mg/dL; Limítrofe: 150 - 200 mg/dL; Alto: 200 - 499mg/dL Muito alto: ≥ 500
Hematócrito	38 %	36 a 42%
Potássio sérico (K)	4,0 mEq/L	3,5 a 5,2 mEq/L
Creatinina	0,8 mg/dL	0,6 a 1,3 mg/dL
Ácido úrico	5,5 mg/dL	Mulheres: 2,4 - 6,0 mg/dL; Homens: 3,4 - 7,0 mg/dL
Urina rotina	Sem alterações	Caracteres gerais, elementos anormais e sedimentoscopia sem alterações
ECG	Sem alterações	Frequência, ritmo, intervalos, durações e morfologias dentro dos limites normais

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

3.2 Calculando o escore de risco cardiovascular global de Edilene

De acordo com o Quadro 50 da Unidade 7, Seção 8 Identificando fatores de risco cardiovascular:

Indicadores de risco cardiovascular de Edilene: **hipertensão, tabagismo**.

Alguns critérios para fator de risco cardiovascular ou fatores agravantes de risco? Não.

Cálculo do risco de Edilene
(de acordo com o escore de risco cardiovascular global em 10 anos, para mulheres)
(ver: Quadros 50 e 51, Unidade 7, Seção 8)

Condição	Pontuação
Idade: 42 anos	4
É diabética: não	0
É tabagista: sim	2
Colesterol HDL: 50 mg/dL	-1
Colesterol total: 160	1
Pressão arterial sistólica (tratada): 125 mmHg	2
Resultado: total zero ponto	8
Risco cardiovascular em 10 anos	4,5%: baixo risco

1. Após dois meses

Pedro Henrique e a agente comunitária Mariana fazem uma visita domiciliar a Edilene, em pós-operatório. Pedro Henrique avalia o seu estado e a cicatriz cirúrgica. Edilene está se sentindo bem. Agenda a retirada de pontos, conforme orientação do cirurgião.

O enfermeiro conheceu o marido e os filhos de Edilene e pôde conhecer um pouco da dinâmica das relações familiares. O filho mais velho disse para Pedro Henrique que a mãe é muito “queixosa” e que, em sua opinião, ela frequenta muito a unidade de saúde, principalmente quando briga com seu pai. Diz: “aí começa a sentir uma coisinha aqui e outra ali e logo dá um jeitinho de ir à unidade de saúde para conversar com alguém e desabafar”. Pedro Henrique registrou no prontuário essa observação.

Edilene conversa com o enfermeiro Pedro Henrique. Diz estar se sentindo muito bem, mas desejaria ter uma ocupação, pois está muito só em casa, já que sua família fica fora de casa o dia todo. Ele a encaminha para a “Casa da Família”, onde Edilene terá oportunidades de aprender trabalhos manuais, costura, artesanato e fazer parte do grupo de mulheres da comunidade, buscando estímulos à sua autonomia.

2. Após três meses

A Dra. Renata, ao atender o grupo de hipertensos, sempre faz revisão dos prontuários para planejamento do cuidado de cada paciente.

Edilene é hipertensa e faz uso regular de medicação anti-hipertensiva (captopril, 25 mg, de 12/12 horas, e hidroclorotiazida, 25 mg, pela manhã). Quando iniciou o tratamento, sua pressão arterial estava em 160X100 mmHg.

Seu último exame citopatológico do colo uterino foi há cinco anos, vacinação antitetânica há 20 anos e antiamebílica há cinco anos. É G3P3A, sendo que os três partos foram cesáreos a termo – G (gravidez), P (parto), A (aborto). Foi submetida à salpingotripsia há 17 anos. Exame clínico das mamas há três meses. Nega etilismo ou uso de drogas. Tabagista e sedentária. Histórico familiar: pai alcoolista. Sem história familiar de doença cardiovascular.

Seção 4

Por falar em tabagismo

Edilene é tabagista (15 cigarros/dia) há 22 anos; portanto, 16,5 unidades de maço-ano (UMA). Diz que fuma pouco, não é dependente do cigarro e pode parar de fumar quando desejar. Como o cigarro é uma forma de aliviar a ansiedade, o momento atual talvez não seja ideal para ela interromper o hábito de fumar. Apesar de receber orientações por parte da Dra. Renata sobre os malefícios do cigarro e benefícios com o controle do tabagismo, reluta em abandonar o vício.

PARA SABER MAIS

Veja no glossário: Unidade de maço por ano (UMA) e a fórmula de cálculo.

Todas as pessoas que chegam aos serviços de saúde devem ser investigadas quanto ao hábito de fumar. O aconselhamento para controle do tabagismo é muito mais do que falar que a pessoa deve abandonar o hábito de fumar em virtude dos malefícios do cigarro. É fundamental que o profissional conheça todas as etapas do processo de controle do tabagismo, pois elas mesmas trazem implicações terapêuticas claras. Por exemplo, não há sentido no oferecimento de medicamentos para pessoas em fase pré-contemplativa. Nessa fase, são mais importantes as ações educativas, informando sobre os riscos do tabagismo, os benefícios do controle e a possibilidade de sucesso sem sofrimento intenso.

PARA A ANÁLISE DO CASO DE EDILENE, É ESSENCIAL QUE VOCÊ LEIA (UNIDADE 8)

Seção 3 - Programa de prevenção e controle do tabagismo

Seção 6 Hipertensão arterial sistêmica

Seção 7 Identificando fatores de risco cardiovascular, revendo os principais aspectos conceituais e operacionais dessas situações

PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS, LEIA:

DIAS, R. B. Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – a Entrevista Motivacional. In: PEREIRA, A.A. (org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica**. Nescon/UFGM. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2009. Série Nescon de Informes Técnicos, n. 3. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2146.pdf>.

Unidade 6

Todo cuidado é pouco

Unidade 6

Todo cuidado é pouco

Porém, tragicamente, os piores casos — aquelas pessoas que estavam nos últimos estágios de alguma doença, os que estavam morrendo — eram os que recebiam o pior tratamento. Eram colocados nos quartos mais distantes dos postos de enfermagem. Eram obrigados a ficar deitados sob luzes fortes que não podiam desligar. Não podiam receber visitas, exceto durante os horários permitidos. Deixava-se que morressem sozinhos, como se a morte fosse contagiosa (KÜBLER- ROSS, 1998).

Nesta Unidade 6, aborda-se o cuidado a uma paciente em estado terminal, condição que exige atenção especial por parte da equipe de saúde em relação ao paciente e à sua família.

Ao final desta unidade, espera-se que você seja capaz de:

- compreender os princípios que regem os cuidados paliativos;
- compreender o processo de manuseio das principais condições que acometem os pacientes em cuidados paliativos;
- preencher, de forma correta, a declaração de óbito de pessoas sob os cuidados da equipe de saúde.

O caso Dona Letícia

Dona Letícia, 50 anos, vem recebendo assistência domiciliar da Equipe. Encontra-se em cuidado paliativo devido a câncer de mama. Vive com a filha, Gisele, e o marido, Arnaldo. A Dra. Renata, médica da equipe, foi realizar a visita domiciliar programada na casa de Dona Letícia, acompanhada da agente comunitária Sônia. Dona Letícia, há três semanas, foi encaminhada pela Dra. Renata para internação hospitalar devido a derrame pleural secundário à metástase pulmonar.

Na ocasião, Dona Letícia apresentou dor torácica moderada ventilatório-dependente e dispneia leve à noite, além de tosse pouco produtiva. Foi encaminhada pela Dra. Renata ao Hospital Municipal, onde permaneceu internada por duas semanas. No relatório de alta, consta que o derrame pleural foi drenado e a paciente submetida a algumas sessões de radioterapia paliativa. A família relata que os médicos do hospital disseram “que nada mais poderia ser feito e que dariam alta para que ela morresse em casa”.

Seção 1

Atenção básica e cuidados paliativos

A Atenção Primária tem importante papel na continuidade do acompanhamento e tratamento dos pacientes em cuidados paliativos, especialmente no momento em que não pode mais ser ofertado tratamento curativo, em especial nas regiões de difícil acesso a centros de referência. São aqueles pacientes que retornam para suas casas, pois “nada mais há a ser feito”.

O TERMO CUIDADO PALIATIVO

Já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução do termo *Hospice*, em alguns idiomas. Paliativo é uma palavra de origem latina (*pallium*) que significa capa ou manto, fazendo referência ao manto que, na Idade Média, cobria os viajantes e peregrinos cristãos como proteção para o mau tempo durante suas viagens, e também como um tecido portátil, sustentado por quatro ou mais varas, frequentemente usado na religião católica em procissões para abrigar o sacerdote e o sacário com a hóstia. Na ação paliativa, os sintomas da enfermidade são “cobertos” pelo tratamento para promover conforto, qualidade de vida e aliviar o sofrimento, sempre que possível (SILVA, 2018).

Uma questão a ser considerada é que o domicílio costuma ser o local de preferência, em algum momento, de tratamento, por parte significativa dos pacientes ou familiares, e que pacientes costumam preferir ficar em suas casas na fase terminal da doença.

Para que essa interação entre equipe, família e paciente possa ocorrer, é necessário tempo disponível por parte da equipe, com uma agenda que facilite sua atuação domiciliar. A disponibilidade de tempo para atendimento no domicílio é um aspecto de grande relevância, uma vez que, pela própria natureza do tipo de paciente atendido, as visitas da equipe consomem considerável tempo. Ademais, a equipe que vai ao domicílio precisa estar disponível a qualquer momento, ajudando e transmitindo confiança aos familiares. A prática adequada dos cuidados paliativos preconiza atenção individualizada ao doente e à sua família e busca pela excelência no controle de todos os sintomas e na prevenção do sofrimento.

Sabe-se que quanto mais próximo da morte estiver o paciente, maiores serão suas necessidades e as dos familiares, exigindo consultas mais frequentes. Portanto, quando os últimos dias de vida do paciente estão se aproximando, deve ocorrer intensificação das visitas domiciliares.

O foco da atenção em cuidados paliativos não deve ser a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser com direito à informação e à autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento.

Cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, a partir de prevenção e alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

A prática dos cuidados paliativos ampara-se no **controle impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual**. Os princípios do controle desses sintomas baseiam-se em:

- avaliar antes de tratar;
- explicar as causas dos sintomas;
- não esperar que o doente se queixe;
- adotar estratégia terapêutica mista;
- monitorizar os sintomas;
- reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- cuidar dos detalhes;
- estar disponível.

Nas situações em que o doente tem alta dependência, os cuidados paliativos se impõem. Torna-se imperioso o trabalho de educação para ações como os cuidados no leito e também a prevenção de feridas, os cuidados com a alimentação, as adaptações da oferta de alimentos e a comunicação amorosa. Os medicamentos que retardavam a evolução da doença devem ser suspensos, assim como se deve ter parcimônia no tratamento de intercorrências, evitando-se as intervenções agressivas. Deve-se estar atento ao controle da dor que o imobilismo e os procedimentos de conforto podem provocar, como os curativos, as mobilizações, as trocas e as aspirações de vias aéreas superiores.

1. Dona Letícia: continuando com os cuidados

A Dra. Renata inicia codeína, 30 mg, que deverá ter efeito satisfatório para o controle da dor e da tosse. Mantém contato com a equipe hospitalar responsável pelos cuidados à Dona Letícia. Dona Letícia deverá submeter-se a sessões de radioterapia paliativa e controle do derrame pleural.

2. Controle de dor

O controle da dor, em cuidados paliativos, deve ser baseado em avaliação cuidadosa, com elucidação das possíveis causas e dos efeitos desse sintoma na vida do paciente, em investigação dos fatores psicossociais que possam estar influenciando e o impacto desses sobre o paciente. A anamnese e o exame clínico cuidadosos são fundamentais e investigações laboratoriais ou radiológicas podem ser necessárias.

Os princípios do controle da dor em pacientes com câncer foram sistematizados pela WORLD HEALTH ORGANIZATION — WHO (1996). Nesse documento a WHO desenvolveu uma escada analgésica (*analgesic ladder*) de três degraus para guiar o uso sequencial de drogas, que pretende aliviar a dor do câncer em 80% dos casos.

Os seguintes aspectos serão considerados na administração dos analgésicos:

- **A via oral:** é a de escolha para a administração de medicação analgésica e outras, sempre que possível. Poupa o paciente do incômodo de injeções. Dá ao paciente mais controle sobre sua situação e autonomia para o autocuidado.
- **O intervalo deve ser fixo:** medicação analgésica para dor moderada a intensa deve ser administrada a intervalos fixos de tempo. Não esperar o paciente sentir dor para administrar a próxima dose da medicação.
- **O uso sequencial de drogas:** utiliza-se a escada analgésica (*analgesic ladder*) de três degraus para guiar o uso sequencial de drogas — por exemplo, no tratamento da dor de câncer (Figura 7).
- **As necessidades pessoais:** as necessidades pessoais para analgesia variam enormemente. A dosagem e a escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a característica de sua dor. A dose certa de morfina é aquela que alivia a dor sem efeitos colaterais intoleráveis.
- **Uso de adjuvantes será indicado:**
 - para aumentar a analgesia (corticosteroides, anticonvulsivantes);
 - para controlar efeitos adversos dos opiáceos (antieméticos, laxativos);
 - para controlar sintomas que estão contribuindo para a dor do paciente, como ansiedade, depressão, insônia.

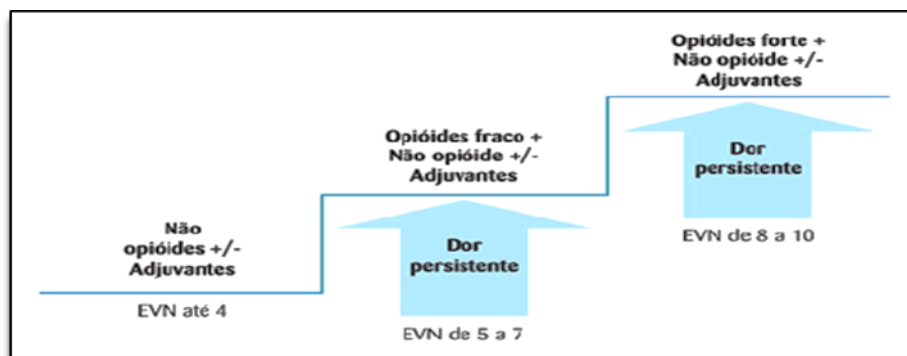
Atenção aos detalhes: dar ao paciente e aos cuidadores instruções precisas, tanto escritas quanto orientadas verbalmente, sobre os nomes dos medicamentos, sua indicação, dosagem, intervalo entre as tomadas e possíveis efeitos colaterais.

Segundo orientação da Organização Mundial da Saúde, a escada analgésica orienta sobre a

escolha do tratamento farmacológico da dor da seguinte forma (Figura 8):

- três grandes classes de drogas — não opioides, opioides fracos e opioides fortes — são utilizadas sozinhas ou em combinação;
- em ordem crescente, como os degraus de uma escada;
- de acordo com a intensidade e o tipo de dor.

Figura 8 – Tratamento da dor: escada analgésica (*Analgesic ladder*), OMS



Fonte: OLIVEIRA, 2008.

EVN: Escala Visual Numérica.

Para avaliar a intensidade e a gravidade da dor, a Escala Visual Numérica (EVN) (Figura 9) é comumente usada, pelo pouco tempo que requer para ser respondida e pelo fato de poder ser rápida e repetidamente utilizada durante o acompanhamento do paciente. A EVN possui números de zero a 10, em ordem crescente da esquerda para a direita, em uma fita. Nela, zero significa sem dor e 10 a pior dor imaginável. Assim, o paciente deve escolher o número que melhor representa a sua dor.

**Figura 9 - Escolha do analgésico segundo a intensidade da dor:
Escala Visual Numérica (EVN)**

Escala visual numérica (EVN)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Até 4: em geral tem boa resposta com não <u>opiáceos</u> e AINH +/- adjuvantes										
5 – 7: uso de <u>opiáceos</u> fracos +/- não <u>opiáceos</u> +/- adjuvantes										
8 – 10: uso de <u>opiáceos</u> fortes +/- não <u>opiáceos</u> +/- adjuvantes										

Fonte: OLIVEIRA, 2008.

PARA SABER MAIS...

Orientações para intervenções farmacológicas em pacientes com dor, assim como noções mais aprofundadas em cuidados paliativos, podem ser obtidas a partir da leitura do manual: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf

3. Os cuidados da família

Gisele, filha de Dona Letícia, encontra-se aflita, pois observou que a pele de Dona Letícia está muito sensível e vermelha na região glútea e tem medo de que comece alguma ferida. Ela foi orientada pelo enfermeiro Pedro Henrique sobre os procedimentos para prevenir úlceras por pressão e, em virtude disso, encontra-se atenta.

Alguns cuidados para prevenção de úlceras por pressão

- Mudanças de decúbito frequentes, hidratação da pele, incentivo à deambulação e exposição ao sol no período da manhã.
- Manutenção da higiene do paciente com sabão neutro.
- A cama deve ser limpa e seca, com roupas de tecido não irritantes, lisos, não engomados e sempre esticados, evitando dobras.
- Coberturas plásticas ou protetores de cama não devem ter seu uso aceito; protegem a cama, porém podem causar sudorese, levando à maceração da pele do paciente.
- Uso de travesseiros ou almofadas no reposicionamento para proporcionar alinhamento corporal correto, aliviando a pressão em diversos pontos do corpo, principalmente sobre proeminências ósseas.
- Uso de colchão próprio, como colchão de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel ou água, que redistribui o peso corporal, reduzindo a pressão à medida que a paciente afunda no fluido, propiciando uma superfície adicional que auxilia na sustentação do corpo, além de reduzir o peso corporal por unidade de área.
- Mudança de decúbito realizada a cada duas horas, reduzindo a força de cisalhamento e a pressão no local.
- Pacientes devem ser posicionados corretamente, evitando-se que sejam “arrastados” durante a movimentação; devem ser erguidos utilizando-se o lençol móvel, a fim de evitar lesões causadas por fricção e força de cisalhamento.

4. Revendo a história de D. Letícia

Dona Letícia é acompanhada pela Equipe há dois anos, tempo que coincide com o seu diagnóstico de câncer de mama avançado. Ela morava anteriormente em outro município e diz que frequentava a unidade de saúde regularmente. Quando questionada sobre a realização periódica de “exames de prevenção” de câncer de mama, relata que nunca havia tido suas mamas examinadas por profissional de saúde anteriormente ao diagnóstico de câncer. Na época, Dona Letícia observou grande nódulo na mama direita e na região axilar, quando procurou a unidade de saúde, onde foi feito diagnóstico de câncer de mama e ela foi encaminhada para tratamento. Em sua história familiar constata-se: irmã falecida com câncer de mama há oito anos e mãe hipertensa.

O caso de Dona Letícia é mais comum do que se imagina: diagnóstico tardio do câncer de mama. A maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados, diminuindo as chances de sobrevivência das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento. No caso de Dona Letícia, o atraso no diagnóstico se deu em razão da não realização do exame clínico das mamas, que deveria ser realizado anualmente, assim como a mamografia, exame que pertence a um grupo de risco de câncer de mama (irmã faleceu devido a câncer de mama).

PARA SABER MAIS...

Sobre bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer de mama, veja “Rede de Atenção: Saúde da Mulher” (ARAÚJO, 2020).

5. Novo encontro, novos esclarecimentos

Dona Letícia relata diagnóstico de hanseníase há quatro anos, tendo recebido tratamento por 12 meses. Fazia controle na unidade de saúde perto de onde morava e descreve muita preocupação por parte dos profissionais que a atendiam em relação ao seu tratamento para hanseníase. Refere que sofreu muito durante o tratamento, pois apresentou quadro de neurite, evoluindo com mão em garra. Dona Letícia diz que: “com o problema da hanseníase, eu e os profissionais que me atendiam esquecemos o restante do corpo, e o câncer de mama foi descoberto tarde demais”.

PARA REFLETIR...

Em virtude do diagnóstico de hanseníase, os profissionais de saúde se concentraram no tratamento da doença, negligenciando outros aspectos importantes da saúde da paciente. É muito comum que, em pessoas com determinadas condições de saúde que exigem muito empenho da equipe, problemas de saúde mental, tuberculose, hanseníase, déficits neurológicos e alguns aspectos preventivos relacionados à saúde sejam esquecidos pelos profissionais da Atenção Primária. A abordagem de outras condições e práticas preventivas, tais como exame preventivo do colo uterino, exame clínico das mamas e da próstata, entre outros, pode, assim, impedir a integralidade na atenção.

6. Dona Letícia, durante o tratamento de hanseníase, teve um surto reacional e evoluiu com deformidade da mão e incapacidade...

A hanseníase é causa importante de incapacidade física permanente entre as doenças infectocontagiosas. A maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da hanseníase são o diagnóstico e o tratamento oportunos dos casos, antes de ocorrerem lesões nervosas. O tratamento adequado das complicações da hanseníase, incluindo reações e neurites, pode prevenir ou minimizar o aparecimento de outras incapacidades. A doença e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os pacientes e suas famílias, em muitas sociedades.

7. Um pouco mais sobre Dona Letícia

Dona Letícia teve dois filhos, Gisele (29 anos) e Aldair (25 anos), que fora assassinado há três anos, envolvido com tráfico de drogas. Ela diz que, desde a morte do filho, sua vida nunca mais foi a mesma, pois ficou muito desiludida, embora jamais estivesse deprimida. D. Letícia é casada com Sr. Arnaldo (55 anos) há 30 anos, com quem tem ótimo relacionamento. Foi colecistectomizada há seis anos, devido a colelitíase. Tem, como visto, histórico de hanseníase há quatro anos, evoluindo com comprometimento funcional da mão esquerda. No seu calendário vacinal, registram-se influenza, antipneumocócica e antitetânica em dia. Sempre trabalhou como “do lar”.

8. Durante a visita domiciliar

Os profissionais da Equipe abordam a família, nos aspectos relativos à doença de D. Letícia. Os familiares compartilham seus medos e suas expectativas, mas dizem estar preparados para a morte de Dona Letícia. Sr. Arnaldo e Gisele se manifestam preocupados quanto à possibilidade do falecimento de Dona Letícia acontecer em horário em que a unidade de saúde se encontre fechada e de terem que levá-la à Medicina Legal para fornecimento da declaração de óbito.

A Dra. Renata tranquiliza a família e diz que, caso aconteça o óbito, ela se dispõe a vir até o domicílio da família, se a unidade estiver em horário de funcionamento e, caso contrário, deixará a diretoria da Policlínica avisada e o médico de plantão fornecerá a declaração de óbito. A família se mostra bastante tranquila com essa possibilidade.

Dona Letícia tem recebido visitas de seu Pastor e dos membros da Igreja que frequenta e diz que está preparada para a morte, pois, de acordo com sua crença, “estará junto de Deus após a morte e terá alívio de seu sofrimento”.

Seção 2

O preenchimento da declaração de óbito

A emissão da **declaração de óbito (DO)** é ato médico, segundo a legislação do País (BRASIL, 2009b). Assim, a responsabilidade do seu preenchimento, por questões legais mais do que médicas, causa desconforto a alguns médicos, principalmente no início da profissão. Esse temor, muitas vezes infundado, pode gerar grande desconforto para a família quando ocorre o óbito do doente, pois a busca por um profissional médico que ateste o óbito pode ser demorada e insatisfatória. A Dra. Renata acompanha o caso de Dona Letícia e, caso o óbito aconteça em domicílio, em horário de trabalho, é a pessoa mais indicada para preencher a DO.

O Conselho Federal de Medicina, pela Resolução CFM nº 1.779/2005 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005), estabelece que: “É dever do médico atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, ainda que o mesmo ocorra fora do ambiente hospitalar, exceto quando se tratar de morte violenta ou suspeita”.

PARA SABER MAIS...

Para esclarecer dúvidas sobre o preenchimento da declaração de óbito, acesse as publicações indicadas nas Referências deste texto:

Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito (BRASIL, 2011) e A declaração de óbito: documento necessário e importante (BRASIL, 2009b).

Finalizando: Todo cuidado é pouco

A Dra. Renata, o enfermeiro Pedro Henrique e a ACS Sônia retornam à casa de Dona Letícia e a encontram bem-disposta e referindo melhora significativa dos sintomas dolorosos e respiratórios. Na escala numérica de dor, refere “um”. No momento, está em uso de codeína. A Dra. Renata alerta à família para comunicar-se com a equipe em caso de piora da dor, para a reavaliação da medicação analgésica. Pedro Henrique aborda Sr. Arnaldo e Gisele para verificar se estão bem. Eles afirmam que sim. A equipe agenda a visita para o período de uma semana, ou antes, se houver demanda da família. Pedro Henrique observa melhora da área de hiperemia em região trocantérica e reforça orientações para a prevenção de feridas.

Gisele diz que a agente Sônia sempre passa em sua casa para ver Dona Letícia e que, em qualquer problema, eles farão contato. Agradece muito o cuidado e o carinho que a equipe está tendo com sua família, fato que tem contribuído para sua tranquilidade e de sua mãe.

A boa comunicação com a família tem por objetivo manter todos conscientes de todo o processo e envolvidos no cuidado ao paciente. Família bem informada torna-se excelente parceira no cuidar, detecta situações de risco precocemente e previne complicações e novas dependências.

A assistência à família inclui a orientação e observação do grau de participação dos componentes da família; ouvir, esclarecer dúvidas quanto aos cuidados prestados ao doente e, principalmente, ensinar-lhes os cuidados no domicílio e supervisioná-los; oferecer suporte emocional e acompanhamento até a fase final e, posteriormente, na fase de luto.

Deve-se levar em consideração e registrar a vontade da pessoa em relação aos “[...] novos recursos tecnológicos (que) permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios [...] Resolve: Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. [...] (CFM, Resolução CFM 1.995/2012, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

As pessoas sempre me perguntam como é a morte. Digo-lhes que é sublime. É a coisa mais fácil que terão de fazer.

A vida é dura. A vida é luta. Viver é como ir para a escola. Dão a você muitas lições para estudar. Quanto mais você aprende, mais difíceis ficam as lições.

Aquela experiência foi uma dessas lições. Já que não adiantava negar a perda, eu a aceitei. [...] Quando aprendemos as lições, a dor se vai (KÜBLER-ROSS, 1998).

Unidade 7

Não quero ficar dependente
de remédios

Unidade 7

Não quero ficar dependente de remédios

Nesta Unidade 7, a partir do caso do Sr. Valdir, será estudada uma das condições crônicas mais prevalentes e responsáveis por elevado número de internações, complicações, sequelas e mortes: **o diabetes mellitus**.

São abordados temas envolvendo diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento, acompanhamento, além da prevenção e do tratamento das complicações relacionadas a essa doença. Apresentamos, ainda, alguns aspectos relacionados aos desafios da adesão ao tratamento medicamentoso de condições crônicas. O tema síndrome metabólica também é abordado como elemento da situação clínica do Sr. Valdir.

Ao final desta unidade espera-se que você seja capaz de:

- compreender e manusear as condições que desafiam a adesão ao tratamento;
- conhecer os aspectos principais envolvendo a síndrome metabólica;
- estabelecer uma sistematização para abordagem da pessoa com diabetes.

Seção 1

O caso do Sr. Valdir: adesão ao tratamento

Após um exaustivo dia de trabalho na Equipe, o ACS Marco Antônio, vindo da área onde fazia suas visitas domiciliares programadas, comunica ao enfermeiro Pedro Henrique que o Sr. Valdir, registrado na Unidade de Saúde há dois anos, abandonou a medicação antidiabética, e, há um mês, os remédios para hipertensão arterial e para “colesterol alto”. De acordo com Marco Antônio, o Sr. Valdir alega que não quer ficar dependente de remédios: “estou baixando a pressão com chá de folha de chuchu e, no momento, não sinto absolutamente nada”.

O Sr. Valdir tem 58 anos, é viúvo há 10 anos e reside com sua filha, Meire, e seu neto, Gabriel. É portador de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e dislipidemia, além de ser obeso. Trabalhava como motorista de ônibus e se aposentou aos 50 anos. Desde os primeiros atendimentos na unidade de saúde, sempre mostrou certa resistência a seguir as orientações de tratamento, embora fosse assíduo nas consultas médicas e de enfermagem programadas e nas atividades educativas propostas. Sempre muito alegre, participa ativamente, brinca com os outros participantes do grupo e expressa, com clareza, suas opiniões. Após ouvir as demandas do agente comunitário, Pedro Henrique agenda uma consulta de enfermagem para o Sr. Valdir e pede ao ACS que confira sua disponibilidade. No dia seguinte, o ACS confirma o comparecimento do Sr. Valdir à consulta programada.

1. Consulta de enfermagem com o Sr. Valdir

O enfermeiro Pedro Henrique, após conversar com o Sr. Valdir sobre assuntos diversos, aborda a questão da não adesão ao tratamento medicamentoso proposto e o Sr. Valdir reafirma o que foi dito ao ACS. Diz que está tudo bem e que ultimamente está muito preocupado com seu sítio nas redondezas da cidade, pois suspeita que estejam roubando algumas de suas galinhas e, por essa razão, ele tem ido frequentemente até lá. Portanto, está sem tempo a perder, tomando tanto remédio.

Pedro Henrique interessa-se pelo assunto e pensa em uma estratégia para sensibilizar o Sr. Valdir sobre a questão da não adesão ao tratamento.

2. Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento pode ser definida como uma das maiores preocupações no curso das doenças crônicas. O termo adesão é definido como um envolvimento ativo, voluntário e colaborativo do paciente em termos de emitir comportamentos que produzam resultados terapêuticos no sentido de controlar a doença.

Vários fatores podem influenciar a adesão ao tratamento e podem estar relacionados:

- à pessoa (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico);
- à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias);
- às crenças de saúde; hábitos de vida e culturais (baixa percepção do risco à saúde relacionado à doença, falta de compreensão e aceitação da doença, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima);
- ao tratamento, no qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos);
- à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento, características dos profissionais de saúde);
- ao relacionamento com a equipe de saúde (relação profissional de saúde-paciente).

O profissional de saúde tem importante papel no processo de adesão ao tratamento, já que atua como agente facilitador e mobilizador da mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade da pessoa para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e ao contexto vivenciado pelo paciente.

A participação em grupos operativos no Programa de Saúde da Família favorece o apoio social à pessoa portadora de condição crônica e à ação integrada da equipe multiprofissional em processos de educação em saúde. A informação é um fator-chave para que os pacientes possam participar ativamente nas decisões acerca de sua saúde, mantendo, assim, sua máxima autonomia.

PARA REFLETIR...

"Habit is habit, and not to be flung out of the window by any man, but coaxed downstairs a step at a time." (Hábito é hábito, e a gente não se liberta de um hábito atirando-o pela janela: é preciso fazê-lo descer a escada, degrau por degrau) (MARK TWAIN, 1894).

3. Voltando ao caso do Sr. Valdir

O enfermeiro certifica-se do conhecimento que o Sr. Valdir tem acerca do diabetes e da hipertensão arterial, das dificuldades para o seguimento da prescrição e dos efeitos colaterais das medicações. Esclarece sobre a consequência do diabetes sobre os outros órgãos e fala também do pé diabético e dos cuidados que deve ter com os pés. Valoriza sua preocupação em relação ao problema do sítio, mas enfoca a necessidade de persistência do tratamento para que ele esteja bem para cuidar de seus negócios.

Ao avaliar o Sr. Valdir, Pedro Henrique verifica que sua pressão arterial e a glicemia estão alteradas (PA: 150x95 mmHg e glicemia capilar: 188 mg/dL, às 15h). O Sr. Valdir fica assustado com essas informações, pois, como disse anteriormente, nada sentia. O enfermeiro aproveita a oportunidade para enfatizar que um dos principais objetivos do controle da pressão e da glicose está na prevenção de futuras complicações; o fato de estar assintomático não significa melhora.

O enfermeiro, após discutir o caso com a Dra. Renata, deixa marcado retorno do paciente para consulta médica em uma semana, reforça a retomada e o uso correto das medicações, cujas receitas que a Dra. Renata prescrevera na última consulta, ainda guardava. Atendendo ao protocolo da unidade, solicita os seguintes exames laboratoriais: glicemia de jejum, glicohemoglobina (hemoglobina glicosilada ou HbA1c), colesterol total, HDL e LDL e triglicérides, e orienta ao ACS que se mantenha atento ao Sr. Valdir.

4. Consulta médica

A Dra. Renata avalia o Sr. Valdir e verifica que ele reiniciou o uso das medicações desde a consulta com o enfermeiro Pedro Henrique e atualmente está assintomático. Ele diz que ficou com medo de ter derrame ou coisa pior, assim como aconteceu com alguns conhecidos que se recusaram a aderir ao tratamento. Relata que sua pressão e a glicose estavam alteradas no dia da consulta de enfermagem.

Desde a consulta de enfermagem, voltara ao uso de captopril, 25 mg duas vezes ao dia, sinvastatina, 40 mg/dia, metformina, 850 mg duas vezes ao dia, e AAS, 100 mg/dia. Ao exame clínico, a pressão arterial encontra-se em 125x80 mmHg.

Seus exames laboratoriais solicitados há uma semana:

Glicemia jejum	170 mg/dL	Normal até 99 mg/dL
Colesterol total	250 mg/dL	Normal até 200 mg/dL
Colesterol HDL	37 mg/dL	Normal acima de 50 mg/dL
Colesterol LDL	177 mg/dL	Normal abaixo de 100 mg/dL)
Triglicérides	80 mg/dL	Normal abaixo de 150 mg/dL

A médica orienta sobre dieta, atividade física e uso correto da medicação. Reforça a importância do controle adequado da glicemia, da hipertensão, da dislipidemia e do peso para prevenção de complicações futuras. Agenda o retorno para quatro semanas.

Na história pregressa do Sr. Valdir, há relato de óbito familiar precoce de sua mãe, aos 40 anos, por “doença do coração”. Nega histórico familiar de câncer. Nunca fumou. Nega uso de bebida alcoólica. Diz que fez cirurgia para correção de hérnia inguinal, há oito anos. Sem passado de internação por problemas clínicos. Imunização: antitetânica, pneumocócica e influenza em dia. Rastreamento para câncer de próstata, câncer colorretal e de pele há seis meses, sem anormalidades.

5. Abordagem do enfermeiro

Pedro Henrique conversou com o Sr. Valdir, reforçou as orientações dadas pela médica e discutiu algumas estratégias de acompanhamento, tendo boa aceitação.

6. Fatores de risco do Sr. Valdir

Observe que o Sr. Valdir possui uma série de fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade abdominal. Ele preenche todos os critérios para a chamada síndrome metabólica.

Seção 2

Síndrome metabólica

A síndrome metabólica (SM) é um complexo transtorno, representado por um conjunto de fatores de risco cardiovasculares usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina. É caracterizada por obesidade abdominal, baixos níveis séricos de HDL, altos níveis séricos de triglicerídeos, hipertensão e o próprio diabetes. É importante destacar a associação da SM com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em torno de 1,5 vez, e a cardiovascular em aproximadamente 2,5 vezes.

A SM representa a combinação de pelo menos três componentes dos apresentados no Quadro 31.

Quadro 32 - Critérios do *National Cholesterol Education Program* – NCEP para diagnóstico de síndrome metabólica em adultos

Parâmetros	NCEP Indicativo da síndrome: três ou mais anormalidades
Glicemia de jejum	≥ 100 mg/dL ou tratamento farmacológico
Colesterol HDL	> 40 mg/dL (homens); > 50 mg/dL (mulheres)
Triglicérides	≥ (150 mg/dL) ou tratamento farmacológico
Obesidade abdominal	CA ≥ 102 cm (homens) ou CA ≥ 88 cm (mulheres)
Pressão arterial	≥ 130/85 mmHg ou tratamento farmacológico

Fonte: Modificado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019.

NCEP: *National Cholesterol Education Program*; CA: circunferência abdominal.

1. Tratamento da síndrome metabólica

O alvo principal do tratamento da SM é o controle da obesidade. A perda de peso melhora o perfil lipídico, baixa a pressão arterial e a glicemia, além de melhorar a sensibilidade à insulina, reduzindo o risco de doença aterosclerótica. Esse tratamento deve ser baseado em modificações do estilo de vida: aumento da atividade física e modificação da alimentação, evitando dieta aterogênica. As metas para o tratamento da síndrome metabólica estão descritas no Quadro 33.

O tratamento medicamentoso dos componentes da SM deve ser considerado, quando não há melhora destes, apesar das mudanças de estilo de vida, para que haja diminuição do risco de doença aterosclerótica.

Quadro 33 - Metas para o tratamento da síndrome metabólica

Glicemia plasmática de jejum	Menor que 100 mg/dL
Glicemia pós-prandial (2 horas)	Menor que 160 mg/dL
Hemoglobina glicosilada (%)	Menor que 7%
Colesterol total	Menor que 190 mg/dL
Colesterol HDL (<i>high density lipoprotein</i>)	Acima de 40 mg/dL (homens); Acima de 50 mg/dL (mulheres)
Colesterol LDL (<i>low density lipoprotein</i>)	Abaixo de 100 mg/dl (Risco intermediário) Abaixo de 70 mg/dl (Risco alto) Abaixo de 50 mg/dl (Risco muito alto)
Triglicerídeos	Abaixo de 150 mg/dL
Pressão arterial *	Sistólica: igual ou abaixo de 130 mmHg Diastólica: igual ou abaixo de 85 mmHg
Peso	Perda sustentada de 5 a 10%

Fontes: Modificado de FALUDI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017); SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019.

* em presença de diabetes *mellitus* a pressão arterial deve ser menor que 130/85 mmHg e se houver proteinúria 1 g/24h a pressão arterial deverá ser 125/75 mmHg.

Para mais detalhes sobre o diabetes mellitus, estude a **Unidade 8 Seção 8 Falando sobre o diabetes *mellitus***.

PARA PRATICAR...

Vamos calcular o risco cardiovascular do Sr. Valdir (**Veja a Unidade 8 Seção 7 - Identificando fatores de risco cardiovascular**). De acordo com o escore de risco cardiovascular global (ERG) em 10 anos, o risco do Sr. Valdir é alto (Quadro 34)

Quadro 34 – Sr. Valdir: escore de risco cardiovascular global em 10 anos

Condição		Pontos
Idade	58 anos	10
É diabético	Sim	3
É tabagista	Não	0
Colesterol HDL	37 mg/dL	2
Colesterol total	190 mg/dL	1
Valor da PAS (tratada)	137,5 mmHg	3
Soma dos pontos		18
O escore de risco global (ERG) em 10 anos		> 30% Risco alto

Em virtude de o Sr. Valdir apresentar alto risco cardiovascular, além da medicação para diabetes, hipertensão e dislipidemia, ele faz uso de antiagregante plaquetário (AAS).

A Dra. Renata mantém a medicação e deseja reavaliá-lo em três meses, com novos resultados de exames.

Pedro Henrique marcou com o Sr. Valdir o comparecimento semanal à UBS para verificar a glicemia capilar e aferir a pressão arterial, e três vezes por semana para participar do grupo de caminhada.

Quanto à alimentação, foi orientado de acordo com o protocolo do Programa de Alimentação Saudável elaborado pela Equipe com a participação da nutricionista da equipe multiprofissional (ver **Unidade 8, Seção 2 Programa de alimentação saudável**).

Unidade 8

Desenvolvendo conceitos
e habilidades

Unidade 8

Desenvolvendo conceitos e habilidades

Nesta Unidade 8, vamos compilar os textos de aprofundamento conceitual e operacional que são apoio aos casos relatados nas seções anteriores. A partir de citações que viu nos textos, você foi remetido para a leitura das partes desta unidade. Poderá, também, em qualquer momento, retomar e aprofundar esses temas com suas notas pessoais, citações e referências importantes – escreva suas observações nas margens do curso.

Assim, veremos:

- Seção 1 - Programa de atividade física
- Seção 2 - Programa de alimentação saudável
- Seção 3 - Programa de prevenção e controle do tabagismo
- Seção 4 - Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas
- Seção 5 - Quadro clínico de infecção do trato urinário
- Seção 6 - Hipertensão arterial sistêmica
- Seção 7 - Avaliação do risco cardiovascular
- Seção 8 - Falando de diabetes *mellitus*

Seção 1

Programa de atividade física

Segundo o U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2018):

- a) Os adultos devem se mover mais e sentar-se menos durante o dia. Alguma atividade física é melhor que nenhuma. Adultos que se sentam menos e praticam qualquer atividade física moderada a vigorosa obtêm alguns benefícios à saúde.
- b) Para benefícios substanciais à saúde, os adultos devem fazer pelo menos 150 minutos (duas horas e 30 minutos) a 300 minutos (cinco horas) por semana de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos (1 hora e 15 minutos) a 150 minutos (2 horas e 30 minutos) por semana de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa ou uma combinação equivalente de atividade aeróbica de intensidade moderada e vigorosa. De preferência, a atividade aeróbica deve se distribuir por toda a semana.
- c) Benefícios adicionais à saúde são obtidos com a prática de atividade física além dos 300 minutos (5 horas) de atividade física de intensidade moderada por semana.
- d) Os adultos também devem realizar atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou mais intensa e que envolvam todos os principais grupos musculares em dois ou mais dias por semana, pois essas atividades oferecem benefícios adicionais à saúde.

A Equipe tem para si, de forma muito clara, que a atividade física regular reduz o risco de mortalidade prematura, doença cardiovascular, acidente vascular encefálico, hipertensão arterial, alguns transtornos lipídicos, diabetes *mellitus*, osteoporose, câncer de cólon, câncer de mama e obesidade. Apoia-se em BUCHNER (2017), segundo o qual existem fortes evidências de que:

- A atividade física regular, moderada ou vigorosa, reduz o risco de morte prematura e doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, pressão alta, perfil lipídico adverso, diabetes *mellitus* tipo 2, síndrome metabólica, osteoporose, câncer de cólon, câncer de mama e obesidade.
- Mesmo 15 minutos por dia ou 90 minutos por semana de exercício moderadamente intensivo estão associados a uma diminuição de 14% na mortalidade.
- A atividade física também reduz o risco de quedas, declínio cognitivo em idosos, perda muscular relacionada à idade e à depressão.

No Programa de Atividade Física, a Equipe adota as seguintes terminologias:

- **Atividade física:** refere-se a um movimento do corpo, produzido pelo sistema musculoesquelético, com consequente gasto de energia.
- **Exercício físico:** refere-se a um subconjunto da atividade física, envolvendo um programa estruturado e planejado com o objetivo de melhorar um ou mais componentes da aptidão física.
- **Aptidão física:** refere-se à capacidade de uma pessoa para realizar atividade física.
- **Aptidão física relacionada à saúde:** refere-se aos componentes da aptidão que influenciam o risco de doença e/ou produzem limitações funcionais, tais como capacidade aeróbica, força, resistência muscular, composição corporal e flexibilidade.

Para que o protocolo de atividade física possa ser preenchido adequadamente pela equipe, alguns termos são acordados, tais como:

- **Tipo:** refere-se à espécie/qualidade da atividade/exercício (caminhada, natação, alongamento, etc.).
- **Frequência:** refere-se ao número/quantidade de vezes em que a atividade é executada na semana.
- **Duração:** relaciona-se ao tempo destinado à atividade cada vez em que ela é executada.
- **Intensidade:** refere-se ao gasto metabólico, ao consumo de oxigênio implicado na atividade. Na prática, a frequência cardíaca (FC) máxima é usada como estimativa da intensidade relativa da atividade, podendo ser classificada em leve, moderada e intensa, em que os percentuais da FC máxima se encontram nas faixas até 54, 69 e 89%, respectivamente, para cada pessoa que, regra geral, é estimada com base na fórmula descrita no Quadro 35.

Quadro 35 – Cálculo da frequência cardíaca máxima predita

$\text{Frequência cardíaca}_{\text{máxima predita}} =$		$220 - \text{Idade (DP} = 11 \text{ b.p.m)}$
	ou	
$\text{Frequência cardíaca}_{\text{máxima predita}} =$		$208 - 0,7 \times \text{idade}$

Fonte: Adaptado pelos autores de TANAKA, 2001; MENEGHELO, 2010.

Observação: a primeira fórmula, a mais utilizada, pode subestimar a Frequência cardíaca máxima predita em idosos.

Finalmente, e para que o protocolo de atividade física da Equipe possa proporcionar informações que possibilitem o acompanhamento sistemático dos participantes, as atividades físicas são classificadas, de acordo com seus principais efeitos fisiológicos, em:

- aeróbicas ou cardíacas;
- de fortalecimento muscular;
- de flexibilidade;
- de equilíbrio.

Os benefícios da atividade aeróbica para a saúde são muito mais evidentes e extensos quando comparados aos outros tipos de atividade. Isso não implica que alongamentos e outros exercícios não possam ser realizados isoladamente – quando se constitui numa opção individual ou mesmo em uma indicação terapêutica – ou em conjunto com exercícios aeróbicos.

O Colégio Americano de Medicina do Esporte (PATE, 1995; HASKELL, 2007) e o Departamento de Saúde do Reino Unido (U.K. DEPARTMENT OF HEALTH & SOCIAL CARE, 2019) estabelecem que os adultos devam praticar pelo menos 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, cinco ou mais vezes por semana, para que possam se beneficiar em termos de redução da incidência de morbidade e mortalidade. O Quadro 36 apresenta algumas modalidades de atividade física, de acordo com seu grau de intensidade.

Quadro 36 - Atividades físicas classificadas de acordo com a intensidade

BAIXA INTENSIDADE (3 METS ou 4 kcal/min)	MODERADA INTENSIDADE (3 a 6 METS ou 4 a 7 kcal/min)	ALTA INTENSIDADE (6 METS ou 7 kcal/min)
Caminhar lentamente (1,6 a 3,2 km/h)	Caminhar rapidamente (4,8 a 6,4 km/h)	Caminhar rapidamente com carga em plano inclinado, correr
Pedalar cicloergômetro (50 W)	Passear de bicicleta (16 km/h)	Pedalar rápido bicicleta (16 km/h)
Nadar muito lentamente	Nadar com moderado esforço	Nadar rápido
Exercício de alongamento	Exercício de calistenia Esportes com raquete de duplas e tênis de mesa	Ginastica aeróbica, step
Varrer o chão da casa	Limpar a casa	Movimentar móveis
Trabalho de carpintaria	Pintura da casa	

Fonte: Modificado de PATE, 1995; PINTO; TAVARES; DEMARZO, 2013.

MET: *Metabolic equivalent of task* - 1 MET = 1 kcal/kg/h (equivalente à energia suficiente para um indivíduo se manter em repouso).

Alguns aspectos são absolutamente importantes quando nos referimos à prática sistemática da atividade física quando prescrita: para quem indicar, como indicar e como estimular a manutenção da atividade. A prescrição de atividade física para adultos, de forma geral, deve ser feita levando-se em conta idade e/ou fatores de risco ou doenças que impeçam sua prática. Recomenda-se, portanto, realizar triagens orientadas por protocolos da unidade de saúde.

Outro aspecto a ser observado é o que se refere à orientação para iniciar a atividade física, quando a pessoa é considerada apta a fazê-la. Falta de prática sistemática e tempo de sedentarismo são fatores que devem ser levados em consideração, de forma que a atividade física seja orientada objetivando-se atingir graus progressivos de evolução e atentando-se para quaisquer sintomas durante sua prática.

A atividade física deve ser precedida por atividades de alongamento e aquecimento e finalizada por atividades de esfriamento (relaxamento). As orientações devem considerar, ainda, o uso de vestimentas adequadas e também locais e horários adequados para efetiva prática da atividade física.

Tendo em vista os baixos percentuais de manutenção da atividade física prescrita, recomenda-se aos profissionais que sejam feitos rastreamentos constantes de tal prática e que, em conjunto com outros setores do poder público local, definam estratégias para aumentar o contingente da população fisicamente ativa nas comunidades.

A meta é aumentar, mesmo que pouco, a atividade física para todos, estimulando que os sedentários passem a ser um pouco ativos, os pouco ativos se tornem regularmente ativos, os regularmente ativos passem a ser muito ativos e os muitos ativos mantenham esse nível de atividade física.

Seção 2

Programa de alimentação saudável

A Equipe reconhece a importância da alimentação saudável e trabalha para que estratégias direcionadas para esse fim sejam adotadas não somente na unidade de saúde, pelas pessoas e famílias ali inscritas, mas também conjugada com políticas públicas como, por exemplo, as adotadas nas escolas, centros de referência, instituições para idosos.

Protocolo para uma dieta saudável

Ciente de que o papel da equipe de Atenção Primária é orientar a alimentação no tocante aos seus princípios básicos e não necessariamente estabelecer cálculos referentes ao conteúdo calórico dos alimentos, a Equipe estabeleceu, assim, o protocolo do Programa de Alimentação Saudável:

1ª etapa: conduzir uma entrevista com a pessoa sobre os hábitos alimentares, objetivando a realização de inventário dietético que contemple número, horários, composição, quantidades, frequência e duração das refeições, não se esquecendo de relatar como se alimenta, onde e como, se sozinho ou acompanhado. Esse inventário deve conter informações sobre o padrão alimentar de alguns dias consecutivos, englobando fins de semana e/ou feriados. O relato deve contemplar os seguintes alimentos: pães e cereais, vegetais (frutas, folhas, legumes, raízes), carnes (vermelhas e/ou brancas – com ou sem gordura, peixes), ovos, laticínios (integrais, desnatados, light, diet), gorduras (líquidas, sólidas), refrigerantes, bebidas alcoólicas, outras bebidas (suco, café, chás), açúcares (refinados, não refinados, adoçantes), sal e outros temperos.

2ª etapa: classificar a dieta em balanceada ou não balanceada, quanto ao aporte calórico e composição de carboidratos, de proteínas, de gorduras, de fibras.

3ª etapa: realizar orientações. Se a pessoa está com a dieta balanceada, com peso dentro da faixa da normalidade e não apresenta morbidades, reforçar os princípios da dieta saudável. Caso não apresente morbidades, mas tenha dieta não balanceada, orientá-la em relação à correção. Se apresentar morbidades, como, por exemplo, diabetes, gota, dislipidemia e hipertensão, a equipe de saúde deve

proceder às orientações específicas de acordo com o quadro. Cabe ressaltar que todo esse processo precisa ser conduzido de acordo com os princípios estabelecidos na entrevista motivacional, levando-se em conta o tempo e o acompanhamento do peso. Tendo em vista que, em muitos casos, o papel da equipe consiste no estímulo aos hábitos saudáveis, a Equipe prescreve as seguintes orientações:

1. Realizar em torno de cinco a seis refeições ao dia.
2. Ajustar o aporte calórico ao peso desejável (IMC inferior a 25 kg/m²).
3. Limitar a ingesta de gordura a até 25% do aporte calórico, em média, sobretudo a saturada e as *trans*- (hidrogenadas), substituindo-a, sempre que possível, por insaturadas.
4. Manter ingesta de carboidratos em torno de 60% do aporte calórico, em média.
5. Ingerir alimentos que contenham carboidratos complexos e fibras, em torno de sete porções diárias de combinação vegetais e frutas, e em torno de seis porções de alimentos ricos em amidos não refinados e leguminosas.
6. Consumir proteínas em quantidades moderadas (até 15% do aporte calórico, em média).
7. Consumir laticínios com moderação (em torno de duas a três porções diárias de laticínios com baixo teor de gorduras).
8. Ingerir sal em quantidades pequenas, limitadas a, no máximo, 5 a 6 g/dia, o que corresponde a, aproximadamente, 2,0 a 2,4 g de sódio.
9. Priorizar sucos naturais, em vez de refrigerantes.
10. Evitar uso abusivo de bebidas cafeinadas e alcoólicas.
11. Fazer atividade física todos os dias, realizando caminhadas, andando a pé, subindo escadas, praticando esportes, dançando, realizando atividades domésticas, etc.

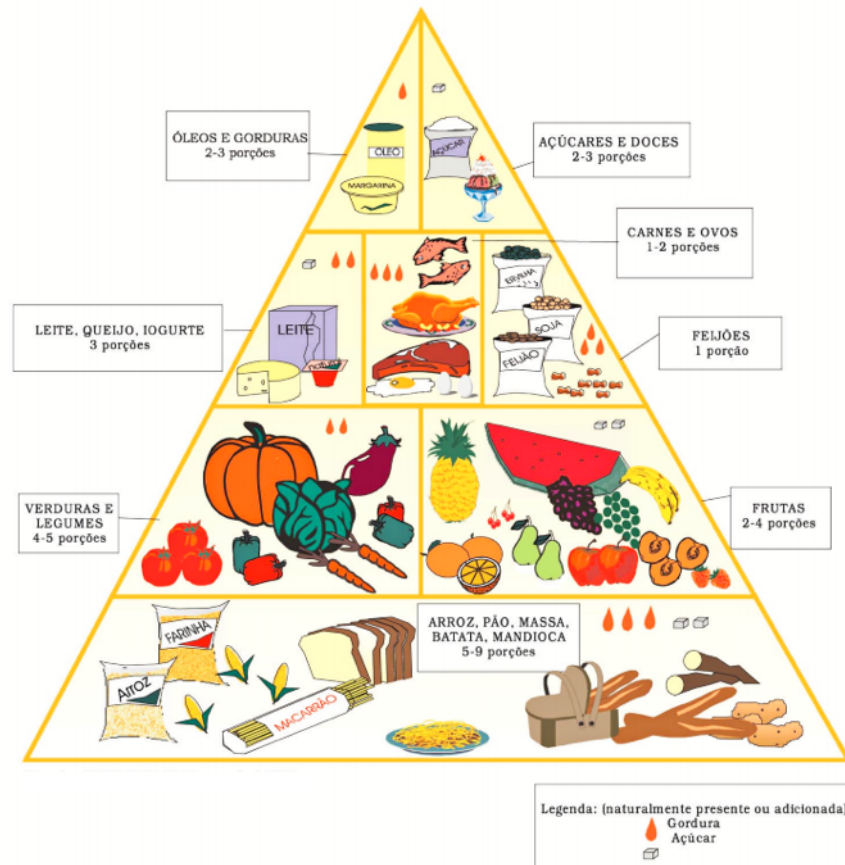
PARA APRENDIZADO E REFLEXÃO SOBRE AS POSSIBILIDADES DAS INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS, RECOMENDAMOS A SEGUINTE LEITURA:

DIAS, R.B. Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento: a entrevista motivacional. In: DIAS, R. B.; PEREIRA, A. A. (Org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica** (série Nescon de Informes Técnicos, n. 3). Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 44 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2146.pdf>

De outra forma, a Equipe está atenta aos hábitos comportamentais mais comumente observados em pessoas que não atendem a uma dieta saudável e balanceada e não equilibram suas ingestas com seus gastos, quais sejam: comem grandes porções de alimentos; preferem alimentos de alta densidade calórica, ricos em gordura saturada, açúcares simples e sódio; ingerem pouca quantidade de alimentos ricos em fibras; beliscam alimentos frequentemente; ingerem grandes quantidades de doces; ingerem alimentos compulsivamente ou comem exaustivamente em situações de estresse emocional; e se mantêm em absoluta inatividade física (BRASIL, 2006b).

Com o propósito de tornar a orientação sobre a alimentação saudável uma atividade prática, flexível e que contemple o universo cultural, econômico e as preferências de cada pessoa, a Equipe lança mão da pirâmide alimentar, conforme demonstrado na Figura 10.

Figura 10 – Pirâmide alimentar



Fonte: Modificada de PHILIPPI, 1999.

PARA SABER MAIS...

A pirâmide alimentar é um instrumento de orientação nutricional utilizado por profissionais com o objetivo de promover mudanças de hábitos alimentares visando à saúde global da pessoa e à prevenção de doenças. Trata-se de uma representação gráfica facilitadora para a visualização dos alimentos, assim como a sua escolha nas refeições do dia a dia (PHILIPPI, 1999).

Entendidos os princípios que regem a representação da pirâmide alimentar, o profissional de saúde deverá traçar, em conjunto com o paciente, um plano alimentar diário que contemple suas necessidades e preferências.

Seção 3

Programa de prevenção e controle do tabagismo

A partir do programa de educação permanente, levado a efeito pela equipe de Saúde da Família, todos os trabalhadores da saúde possuem razoável conhecimento acerca dos programas orientados para a redução ou cessação de vícios. Nesse sentido, alguns termos devem ter clara compreensão para toda a equipe, favorecendo a comunicação mais fluida e resolutiva entre os profissionais de saúde.

Ao promover o rastreamento em relação à exposição ao tabaco, o programa de prevenção e controle do tabagismo da Equipe considera os seguintes itens, que se encontram dispostos em seu protocolo: forma, tipo, tempo e frequência de exposição. Com base nesses dados, é possível calcular, inclusive, a carga tabágica, que guarda relação bastante direta com os efeitos, em longo prazo, da exposição ao fumo. De outra forma, e para identificar pessoas dependentes de nicotina, a equipe aplica o teste de Fagerström (Quadro 37), que possibilita, entre outras informações, avaliar a necessidade de tratamento farmacológico da dependência da nicotina.

Obviamente que o protocolo da Equipe para a abordagem do tabagismo, além das informações já assinaladas, considera as várias possibilidades de intervenção, os papéis dos profissionais de saúde nesse processo e a forma de acompanhamento por parte da equipe – considerando todas as possibilidades de intervenções terapêuticas.

Quadro 37 - Teste de Fagerström para a dependência à nicotina

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
(3) nos primeiros 5 minutos
(2) de 6 a 30 minutos
(1) de 31 a 60 minutos
(0) mais de 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
(1) sim
(0) não
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
(1) o 1º da manhã
(0) os outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
(0) menos de 10
(1) 11-20
(2) 21-30
(3) mais de 31
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
(1) sim
(0) não
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
(1) sim
(0) não

Fonte: REICHERT, 2008.

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada

O teste de Fagerström pode ser acessado *on-line* no site do **Ministério da Saúde**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde. **Calculadoras**. Teste de Fagerström. São Paulo, [201?]. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/index.php?page=12>. Acesso em: 31 mar. 2019.

Disponível para MS Windows e Android, e ainda não disponível para macOS e iOS.

Vale ressaltar a importância que as ações de caráter comunitário têm no processo de prevenção do uso do tabaco. Essas ações requerem a participação não somente das equipes de Atenção Básica, mas a mobilização de todo o poder público e da comunidade civil.

PARA SABER MAIS...

Se sua equipe deseja conhecer mais sobre ações relacionadas à prevenção e ao controle do uso de tabaco, consulte:

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Tratamento do tabagismo**, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras Pneumol**. v 34, n. 10, p. 845-880, 2008. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2008_34_10_14_portugues.pdf

Lembre-se de que a exposição ao fumo é responsável por um quadro alarmante, em todo o mundo, relacionado à carga de doenças, de incapacidade e de mortalidade. E, entre todas as ações passíveis de prevenção, as que se relacionam com esse importante fator de risco são as que mais benefícios trazem à população exposta, ao sistema de saúde e à sociedade.

Seção 4

Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas

Algumas das razões para a sinalização da questão do etilismo como prioridade e responsabilidade de toda uma equipe de Saúde da Família podem ser vistas a seguir:

- Historicamente, etilismo é atribuído a problemas relacionados a mau caráter e/ou de força de vontade. Sua abordagem, por muito tempo, esteve fora da agenda dos profissionais de saúde.
-
- O problema do alcoolismo esteve ligado às classes marginalizadas e ao submundo das contravenções; portanto, não sendo considerado uma questão que compromettesse a população, em sua maioria.
- Nos dias atuais, sabe-se que os problemas ligados ao álcool, entre todos os fatores de risco passíveis de prevenção, assumem posição primeira quando se consideram gastos com saúde, incapacidades e mortalidade por causa direta e indireta, ausência, improdutividade e acidentes no trabalho, acidentes no trânsito, homicídios, suicídios e agressões físicas e transtornos sociais e familiares.
- Os problemas ligados ao álcool talvez figurem como o mais “democrático” de todos os fatores de risco, haja vista não escolherem sexo, idade, raça, classe socioeconômica ou nacionalidade.
- Hoje, estão ao alcance de todos os profissionais de saúde conhecimentos sobre a abordagem aos problemas relacionados ao álcool — considerados doença/ transtorno e tidos como o maior problema de saúde pública no mundo —, que passaram a ser alvo das políticas de saúde.
- Os profissionais de saúde, ao longo de todo o mundo, vêm abandonando suas posições céticas a respeito dos problemas relacionados ao álcool e assumindo postura de acolhimento aos dependentes dessa substância. Dessa forma, os conhecimentos científicos, as estratégias de abordagem e seus efeitos vêm indicando importante avanço em relação a uma condição que, até bem pouco tempo, era ignorada pelas políticas de saúde.

- Finalmente, cumpre alertar que os problemas relacionados ao álcool devem estar na agenda de todos os profissionais de saúde, qualquer que seja o nível de cuidado, da Atenção Primária ao cuidado terciário, e de todas as instituições do poder público e privado, haja vista sua magnitude e sua dimensão epidemiológica, exigindo de todos os envolvidos postura ética, profissional, humana e livre de preconceitos.

[...] no Brasil, o álcool é o mais importante fator causal de doença e morte, podendo o impacto deletério total, dentro de uma escala percentual, ser considerado em patamares situados entre valores que variam de 8% até 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações. O Brasil, portanto, tem no consumo do álcool o responsável por mais de 10% de seus problemas totais de saúde (MELONI, 2004).

Do uso social ao problemático, o álcool é a droga mais consumida no mundo. Segundo dados de 2004 da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial (BRASIL, 2007).

Com o objetivo de tornar as ações mais eficazes e eficientes, a Equipe estruturou os princípios para a elaboração de seu protocolo de abordagem ao alcoolismo, após sucessivas reuniões de equipe, conforme demonstrado no Quadro 38.

Quadro 38 - Princípios de abordagem do alcoolismo para elaboração de protocolo

1. Investigar o consumo de álcool por parte de todas as pessoas que forem assistidas pela Unidade de Saúde.
2. Levantar o padrão de consumo por parte dos dependentes confirmados de álcool.
3. Caracterizar o modo de utilização do álcool (critérios diagnósticos).
4. Definir a estratégia de abordagem de acordo com a caracterização do modo de utilização.
5. Exercer a coordenação do cuidado em relação a todo paciente que recebe atenção no programa.
6. Utilizar a rede de suporte social: alcoólicos anônimos, centros de atenção psicossocial, igrejas, organizações não governamentais e outros recursos da comunidade.
7. Dispensar suporte às famílias e aos pacientes em regime de internação ou reclusão.

Chamamos a atenção para alguns aspectos de muita importância no manejo de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool: o primeiro refere-se à história natural do processo de instalação da dependência; e o segundo enfatiza a importância da identificação, pela equipe, de consumidores de bebidas alcoólicas em situação de risco, haja vista o prognóstico mais favorável, quando a abordagem é feita nessa fase.

A história natural dos problemas relacionados ao uso de álcool pode ser pontuada com o início do consumo atrelado às atividades sociais, a partir das quais a pessoa passa a consumir bebidas alcoólicas com frequência e em quantidades cada vez maiores. Segue-se o consumo excessivo que, então, leva a problemas de ordem familiar, social, psicológica e física. Imerso no universo de um beber excessivo, de estereotipia e de compulsão, a pessoa, nessa fase, se encontra totalmente em estado de dependência do álcool.

Embora se reconheça a importância de, a qualquer momento, os profissionais de saúde estarem habilitados a fazer diagnósticos de problemas relacionados ao uso de álcool, é de fundamental importância que, no âmbito da Atenção Primária, a equipe seja capacitada para identificar os denominados bebedores de risco, que são aqueles inclusos nas categorias de bebedores excessivos e de uso nocivo.

A identificação de pessoas nessas categorias possibilita à equipe abordagem mais eficaz, quando muitos dos problemas psicossociais ainda são passíveis de sofrerem intervenções satisfatórias e os problemas clínicos serem, se não curados, ao menos atenuados. Nesse sentido, é imprescindível abordagem multiprofissional.

PARA APROFUNDAR SEUS CONHECIMENTOS SOBRE ALCOOLISMO E OUTRAS DROGAS, CONSULTE:

Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (<http://abead.com.br/site/>);

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (<https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conheca-a-senad>); e

PEREIRA, A. et al. **Rede de atenção: saúde mental**. Edição revisada. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2020. 58p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/rede-de-atencao-saude-mental%20_18_05_2020.pdf

Seção 5

Quadro clínico de infecção do trato urinário

A infecção do trato urinário (ITU) figura como o segundo tipo mais frequente de infecção na população geral, com predomínio em adultos, do sexo feminino. Estima-se taxa de 0,5 episódio de cistite aguda em mulheres jovens por pessoa/ano, o que pode indicar que a cerca de 40 a 50% das mulheres adultas terão pelo menos um episódio de ITU durante a vida e, em cerca de 20% dos casos, elas desenvolverão recorrências. Na maioria dos casos, as mulheres apresentam o trato urinário aparentemente normal (LOPES, 2005; HADDAD, 2019).

A ITU é rara no sexo masculino antes dos 50 anos. A maior incidência em homens após essa idade decorre de múltiplos fatores, dentre eles as maiores prevalências de prostatite e de obstrução uretral decorrente de hipertrofia prostática (KLAFKE, 2019).

A ITU pode comprometer o trato urinário inferior, quando é denominada ITU baixa ou cistite, ou afetar simultaneamente o trato superior e inferior, denominada, nesse caso, ITU alta ou pielonefrite, ocasionando bacteriúria sintomática ou assintomática.

Segundo Haddad, 2019, na mulher, ocorre quando a flora normal da área periuretral é substituída por bactérias uropatogênicas, que ascendem pelo trato urinário, sendo que o principal patógeno envolvido na ITU em mulheres é a *E. coli*, que é responsável por cerca de 80% de todos os episódios de infecção.

Quanto à forma de apresentação, as ITU podem ser agudas ou crônicas, de origem comunitária ou hospitalar, ocasional, recorrente ou persistente e complicada ou não. Infecções recorrentes são definidas pela ocorrência de dois episódios de infecção urinária sintomática em seis meses ou três em um ano. As infecções recorrentes podem se apresentar como recidiva, quando o agente infeccioso é suprimido pelo agente antibacteriano e, após sua suspensão, o micro-organismo reaparece; ou reinfecção, quando o micro-organismo é erradicado pelo tratamento e, após sua suspensão, novo agente é identificado. Via de regra, essa última condição é mais frequente que a recidiva (BARROS, 2013; LOPES, 2005).

Vários fatores predispõem à ITU, porém, no sexo feminino existe, em grande parte dos casos, correlação com as especificidades anatômicas, episódios prévios de cistite, ato sexual, uso de espermicidas e higiene precária.

O agente etiológico responsável por cerca de 70 a 90% dos episódios de ITU adquiridas na comunidade é a *Escherichia coli*. Uropatógenos tais como o *Staphylococcus saprophyticus*, cepas Gram-negativas, como *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Pseudomonas* e outros têm participação menos frequente nos casos de ITU não complicada, mas aumentam sua incidência nas ITU do idoso e de crianças (BARROS, 2004; LOPES, 2005; HADDAD, 2019).

O diagnóstico de cistite sintomática apoia-se no quadro clínico de disúria, urgência miccional, polaciúria, nictúria, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e desconforto suprapúbico. Febre não é comum. A urina pode se revelar turva ou avermelhada. Já a pielonefrite pode se iniciar ou não como um quadro de cistite, acompanhada de febre, calafrios e dor lombar uni ou bilateral. O cortejo clínico de um quadro infeccioso agudo pode estar presente.

Deve-se fazer diagnóstico diferencial com vaginites, uretrites, cistites inflamatórias, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e divertículos da uretra.

Na Atenção Primária, com o intuito de antecipar evolução desfavorável, é prudente que se considerem alguns fatores de risco que aumentam a chance de a infecção urinária se tornar complicada, tais como: fatores obstrutivos, doenças metabólicas, imunodeficiências, infecção refratária ao tratamento e infecções em homens.

5. 1 Diagnóstico laboratorial de ITU não complicada

Na maioria dos casos de ITU ocasionais não complicadas em pacientes jovens do sexo feminino, o exame de urina tipo I, com leucocitúria, bacteriúria e, eventualmente, hematúria, além do quadro clínico, é suficiente para selar o diagnóstico. Alguns autores advogam até mesmo a não necessidade, nessas circunstâncias, do exame de urina tipo II (POMPEO, 2004). A urocultura tem sua importância diante da falha de tratamento empírico, de forma a orientar nova conduta terapêutica a partir da realização do teste de sensibilidade *in vitro* (LOPES, 2005).

Diante dos fatores de risco assinalados, são recomendados investigação orientada e exames complementares adicionais.

5. 2 Tratamento de ITU não complicada

Evidências demonstram que tratamentos de curta duração na cistite não complicada, em pessoas imunocompetentes, são bastante eficazes. Entretanto, atenção especial deve ser dispensada às grávidas, aos hipersensíveis, aos imunocomprometidos, às infecções recorrentes, aos diabéticos, aos idosos e às infecções no homem.

Bacteriúria assintomática não requer tratamento quando definida pela presença de 100.000 ou mais unidades formadoras de colônia por mililitro de urina (UFC/mL) da mesma bactéria em duas amostras consecutivas de urina, na mulher assintomática, sexualmente ativa, não grávida, sem fatores de risco (BARROS, 2004).

Pacientes jovens, do sexo feminino, com ITU primária, ocasional, sem fatores agravantes, com base no diagnóstico clínico e nos achados do exame de urina tipo I podem ser tratadas

empiricamente, dispensando-se a realização da cultura de urina e o teste de sensibilidade aos antibacterianos (RORIZ-FILHO, 2010).

Para o tratamento da ITU não complicada na mulher, grande variedade de agentes antimicrobianos tem sido utilizada com diferentes taxas de cura e eventos adversos associados. Esquemas utilizando antibacterianos antibióticos betalactâmicos e sulfonamidas em três doses demonstram resposta terapêutica favorável. Atendendo a critérios de disponibilidade, custo e efeitos adversos, recomenda-se (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011):

5.3 Tratamento da ITU não complicada na mulher jovem

Quadro 39 - Regimes de tratamento oral para infecção do trato urinário em mulheres

Medicamento	Cistite	Pielonefrite
Betalactâmicos	(3-7 dias)	(7-14 dias)
Ampicilina	500 mg, de 6/6 h	1.000 mg, de 6/6 horas
Amoxicilina	250-500 mg, de 8/8 h	500 mg, de 8/8 horas
Amoxicilina-clavulanato	500-125 mg, de 8/8 h	500-125 mg, de 8/8 horas
Cefalexina	250-500 mg, de 6/6 h	500 mg, de 6/6 horas
Cefuroxima	125-250 mg, de 12/12 h	250 mg, de 12/12 h
Fluorquinolonas	(3-7 dias)	(7-14 dias)
Ciprofloxacino	250 mg, de 12/12 h	500 mg, de 12/12 horas
Levofloxacino	250 mg, 1x/dia	250-500 mg, 1x/dia
Gatifloxacina	200 mg, 1x/dia	400 mg, 1x/dia
Norfloxacino	400 mg, de 12/12 h	400 mg, de 12/12 horas
Ofloxacina	100-200 mg, de 12/12 h	200-400 mg, de 12/12 horas
Outros medicamentos		
Ácido nalidíxico	1.000 mg, de 6/6 h	–
Fosfomicina trometamol	3 g, dose única	–
Nitrofurantoína*	50-100 mg, de 6/6 h, 5-7 dias	–
SMX-TMP **	800 mg – 160 mg, de 12/12 h, 3 dias	800 mg + 160 mg, de 12/12 horas 14 dias

Fonte: Modificado de KLAFFE, 2019.

*Pode ser usado em gestantes.

**Pode ser usado na gestação apenas no segundo trimestre.

SMX-TMP, sulfametoxazol-trimetoprima.

5. 4 Tratamento da ITU não complicada na mulher jovem, em dose única

Atualmente, a fosfomicina trometamol, na dose de 3 g, por via oral, é a droga mais recomendada em dose única para o tratamento de ITU não complicada em mulheres (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011).

A recidiva de ITU sintomática deve ser tratada por período mais longo de tempo; em geral, sete a 14 dias.

Em casos de falha terapêutica ou de recorrência do quadro, atentar para uso inadequado da medicação, resistência ao antibacteriano ou quadro complicado. Justificam-se exames de imagem somente se houver suspeita de ITU complicada.

5. 4.1 ITU recorrentes, não complicadas

Nos casos de ITU recorrentes, não complicadas, em mulheres jovens, está indicada a quimioprofilaxia. Caso a recorrência se faça a curtos intervalos, a preferência pode recair sobre o tratamento regular.

Nos casos em que se recorre à quimioprofilaxia, a opção pode ser feita entre nitrofurantoína (50 a 100 mg), norfloxacino (200 a 400 mg) ou sulfametoxazol/trimetoprima (800/160 mg), em dose única diária, pelo período de seis meses, com larga experiência na literatura em relação à primeira.

A opção por uma dessas drogas está condicionada à escolha, por parte das pacientes, bem como a eventuais intolerâncias ou hipersensibilidade às mesmas. Nesses casos, em virtude do alto percentual de desenvolvimento de resistência, está indicada a urocultura.

Cabe ressaltar que a quimioprofilaxia, não necessariamente, impede o desenvolvimento de novo episódio de ITU; porém, há evidências da redução da frequência dos mesmos.

Nos casos em que há clara relação dos episódios de ITU com o ato sexual, a droga pode ser usada antes das relações sexuais.

O tratamento da ITU não complicada, ocasional, em homens, deve ser mais prolongado, com duração, em média, de sete a 14 dias.

5.4.2 Prevenção de ITU em mulheres

Veja os fatores de risco ITU recorrente da mulher no Quadro 40.

Quadro 40 - Fatores de risco para ITU recorrente na mulher

- No período pré-menopausa, os fatores comportamentais são os que predominam, como a frequência das relações sexuais, o número de parceiros, novos parceiros e o uso de espermicida e de diafragma.
- Fatores de risco, tais como história materna de ITU recorrente, caso anterior de ITU antes dos 15 anos de idade e uma distância mais curta entre a uretra e o ânus, sugerem que a genética e a anatomia pélvica também desempenham papel importante.
- Para as mulheres na pós-menopausa, os fatores de risco são diferentes e incluem, comumente, deficiência de estrogênio, diminuição de lactobacilos vaginais, prolapso da parede vaginal anterior (cistocele), cirurgia urogenital, volume residual pós-miccional elevado e ITU prévia.
- Há, também, evidências que indicam que o envolvimento genético, associado à alteração na resposta do hospedeiro, pode predispor algumas mulheres a desenvolverem ITU de repetição. Interleucina (IL)-8, receptor de IL-8R ou CXCR1 foram relacionados com variabilidade genética e apresentam expressão reduzida em crianças com tendência à pielonefrite e seus parentes.
- Além disso, a ITU foi mais prevalente em mulheres com parentes com história de ITU recorrente, sugerindo uma predisposição genética familiar.

Fonte: HADDAD, 2019.

5.4.3 Orientações preventivas para ITU

Orientações preventivas, embora careçam de evidências sistemáticas, referem-se à ingestão regular de líquidos, micções periódicas e completas, principalmente após o ato sexual e em mulheres que usam diafragma. Deve-se recomendar às mulheres evitar o uso de absorventes internos e orientá-las quanto à higiene local.

Atividade sexual, alto número de parceiros, uso de diafragma e espermicidas, comprovadamente, se constituem em fatores de risco. Em caso de uso de lubrificante durante o ato sexual, a escolha deve recair sobre os preparados à base de água.

5.4.4 Profilaxia contínua da ITU

Profilaxia contínua com fluorquinolonas (norfloxacina, ciprofloxacina), cefalosporinas (cefalexina, cefaclor), e nitrofurantoína fluorquinolonas, cefalosporinas, trimetoprima, sulfametoxazol e nitrofurantoína pode ser administrada diariamente ao deitar-se ou com fosfomicina a cada 10 dias. A maioria dos estudos recomenda por 6 a 12 meses (ALBERT, 2004; HADDAD, 2015).

5.4.5 Profilaxia pós-coito

A relação causal entre infecções e relações sexuais pode ser suspeitada quando o intervalo é entre 24 e 48 horas. Em mulheres com ITU relacionada à relação sexual, o uso pós-coito de norfloxacino, ciprofloxacina ou outro antibiótico poderia ser uma opção melhor. Uma grande vantagem da profilaxia pós-coito, nos estudos, foi que ela produziu menos efeitos colaterais.

Seção 6

Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um fator de risco bem estabelecido para todas as manifestações da doença aterosclerótica, podendo ocasionar diversas complicações para as pessoas, entre as quais: acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. A classificação da hipertensão arterial sistêmica de acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (MALACHIAS, 2016) estão no Quadro 41.

Quadro 41 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório em indivíduos a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

FONTE: MALACHIAS, 2016.

PAS: pressão arterial sistêmica; PAD: pressão arterial diastólica.

Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de categorias diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo mais alto nível de pressão. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD ≥ 90 mm Hg. A pressão arterial sistêmica deve ser classificada em estágio 1, 2 ou 3.

6.1 Recomendações para diagnóstico e seguimento da hipertensão arterial sistêmica

Para seguimento dos casos de HAS, podem ser usados os dados do Quadro 42.

Quadro 42 - Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais

Categoria	Meta recomendada	Classe de recomendação	Nível de evidência
Hipertensos estágios 1 e 2, com risco CV baixo e moderado, e HA estágio 3	140/90 mmHg	I	A
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco CV alto	130/80 mmHg*	I	A**

Fonte: MALACHIAS, 2016.

CV: cardiovascular; HA: hipertensão arterial.

*Para pacientes com doenças coronarianas, a PA não deve ficar 120/70 mmHg, particularmente com a diastólica abaixo de 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares.

**Para diabéticos, a classe de recomendação é IIB, nível de evidência B.

Observações:

Classe de recomendação I: Condições para as quais há evidências conclusivas, ou, na sua falta, consenso geral de que o procedimento é seguro, e útil/eficaz. Nível de evidência A dados obtidos a partir de múltiplos estudos randomizados de bom porte, concordantes e/ou de metanálise robusta de estudos clínicos randomizados.

6.2 Avaliação clínica e laboratorial da hipertensão arterial

Objetivos da avaliação clinicolaboratorial

- Confirmar o diagnóstico de HAS por aferição da PA.
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Pesquisar lesões em órgãos-alvo, clínicas ou subclínicas.
- Pesquisar presença de outras doenças associadas.
- Estratificar o risco cardiovascular global.
- Avaliar indícios do diagnóstico de hipertensão arterial secundária.

Anamnese dirigida

Deve-se obter história clínica completa, com especial atenção aos dados relevantes referentes ao tempo e tratamento prévio de hipertensão, fatores de risco, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo.

São também indispensáveis informações sobre o histórico familiar de doença cardiovascular, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente (atividade física, hábitos alimentares).

Como o consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas podem interferir no tratamento (anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, entre outros), se o paciente não se lembrar dos nomes das drogas, solicite que trague receitas anteriores e todos os remédios que já tenha tomado e guarda em casa.

Exame físico

O exame físico (Quadro 43) deve ser minucioso, buscando-se sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo e de hipertensão secundária. Dados relevantes do exame físico:

Quadro 43 - Exame físico no paciente hipertenso

- Medição da pressão arterial (PA) nos dois braços.
- Peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e frequência cardíaca (FC)
- [IMC = peso (kg) / altura (m²)]: sobrepeso: IMC de 25 a 30 kg/m²; obesidade: IMC igual ou superior a 30 kg/m².
- Circunferência abdominal (CA): mulheres: até 88 cm; homens: até 102 cm.
- Extremidades: no exame físico, a obtenção do índice tornozelo braquial (ITB) pode ser útil.
- O ITB abaixo de 0,9 correlaciona-se com eventos cardiovasculares graves e aumento da mortalidade geral.
- Indicações: Idade 50–69 e tabagismo ou diabetes; idade ≥ 70 anos; dor na perna com exercício; alteração de pulsos em membros inferiores; doença arterial coronária, carotídea ou renal; risco cardiovascular intermediário.
- No cálculo do ITB, utilizar os valores da pressão arterial sistólica do braço e tornozelo, sendo considerado o valor mais alto braquial para cálculo.
- ITB direito = pressão tornozelo direito/pressão braço direito.
- ITB esquerdo = pressão tornozelo esquerdo/pressão braço esquerdo.
- Interpretação: normal = acima de 0,90; obstrução leve = 0,71–0,90; obstrução moderada = 0,41–0,70; obstrução grave = 0,00–0,40.
- Sinais de lesões de órgão-alvo (LOA).
- Cérebro: avaliação de déficits motores ou sensoriais.
- Retina: busca de lesões à fundoscopia.
- Artérias: ausência ou diminuição de pulsos, assimetrias, lesões cutâneas, sopros arteriais.
- Coração: desvio do íctus, presença de B3 ou B4, sopros, arritmias, edema periférico, crepitações pulmonares.
- Pesquisa de sinais que possam sugerir causas secundárias para a hipertensão arterial.
- Investigação de características cushingoides.
- Palpação abdominal: rins aumentados (rim policístico).
- Sopros abdominais ou torácicos para investigação de hipertensão secundária: renovascular, coartação de aorta, doença da aorta ou ramos.
- Pulsos femorais diminuídos (investigação de coartação de aorta, doença da aorta ou ramos).
- Diferença da pressão arterial nos braços (investigação de coartação de aorta e estenose de subclávia).

6.3 Avaliação laboratorial: rotina laboratorial básica em Atenção Primária para o paciente hipertenso

- Exame de urina rotina (tipo 1)
- Dosagem de potássio
- Hematócrito
- Glicemia de jejum
- Ácido úrico plasmático
- Colesterol total, lipoproteína de baixa densidade (LDL), lipoproteína de alta densidade, (HDL) e triglicérides
- Eletrocardiograma convencional
- Dosagem de creatinina

ATENÇÃO...

Pacientes com hipertensão apresentam elevado risco de desenvolver insuficiência renal crônica. A avaliação da função renal em pacientes com hipertensão tem vários propósitos. O primeiro é estabelecer se o paciente tem nefropatia como causa da hipertensão. O segundo é definir a natureza e a atividade da nefropatia. O terceiro é avaliar o grau de alteração na função renal. A medida da **taxa de filtração glomerular (TFG)** é amplamente aceita como a melhor quantificação do funcionamento renal (Quadro 44). Existem várias maneiras de se calcular a TFG e uma delas é pela equação ou fórmula de Cockcroft e Gault (COCKCROFT, 1976). A doença renal crônica é definida e classificada pela medida da TFG.

Equação de Cockcroft-Gault

$$\text{TFG (ml/min)} = (140 - \text{idade em anos}) \times \text{peso em kg, dividido por } 72 \times \text{creatinina sérica (mg/dL)}$$

(Para o resultado de mulheres, multiplicar 0,85).

6.4 Estadiamento da doença renal crônica (DRC)

Quadro 44 - Estadiamento da doença renal crônica de acordo com KDOQI/KDIGO, referendado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia

Estádio	Descrição	TFG
1	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥90
2	Lesão renal com TFG levemente diminuída	60-89
3A	Lesão renal com TFG moderadamente diminuída	45-59
3B		30-44
1	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥90
4	Lesão renal com TFG severamente diminuída	15-29
5	IRC estando ou não em TRS	15

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011.

KDOQI/KDIGO - *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative/Kidney Disease: Improving Global Outcomes*; TGF – taxa de filtração glomerular; IRC – insuficiência renal crônica (insuficiência ou falência funcional renal); TRS – terapia renal substitutiva (diálise ou transplante renal).

Nem todos os portadores de DRC devem ser encaminhados ao nefrologista na Atenção Secundária. Podem ser cuidadosamente acompanhados na UBS, até que atinjam o estágio 3B ou surjam novos indicadores, como a proteinúria superior a 1 g/24h, ou mesmo se mais baixa, mas com hematúria de origem glomerular.

Quando se leva em consideração a TFG, não há consenso se o encaminhamento para o nefrologista deve ser feito no estágio 3 ou 4 da DRC. **Mais recentemente, tem-se sugerido que isso se faça no estágio 3B.** Além disso, consideramos que, diante de TFG normal, deve-se encaminhar o paciente para o especialista **quando for diagnosticada proteinúria, particularmente quando superior a 1 g/24h ou se coexistir hematúria de origem glomerular diante de níveis de proteinúria mais baixos** (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011, grifo nosso).

6.5 Quais e quando solicitar outros exames na propedêutica em hipertensos?

- **Radiografia de tórax:** recomendada para pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca, quando demais exames não estão disponíveis, e para avaliação pulmonar e de aorta.
- **Microalbuminúria:** pacientes hipertensos diabéticos, hipertensos com síndrome metabólica e hipertensos com dois ou mais fatores de risco.
- **Hemoglobina glicada:** na impossibilidade de realizar hemoglobina glicada, sugere-se a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) em pacientes com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL.
- **Ecocardiograma:** hipertensos estágios um e dois sem hipertrofia ventricular esquerda ao ECG, mas com dois ou mais fatores de risco; hipertensos com suspeita clínica de insuficiência cardíaca.
- **Teste ergométrico:** suspeita de doença coronariana estável, diabetes ou antecedente familiar para doença coronariana em paciente com pressão arterial controlada.
- **Outros exames:** investigação de hipertensão secundária, quando indicada pela história, exame físico ou avaliação laboratorial inicial.

6.3. Definindo a terapêutica na hipertensão arterial

Veja no Quadro 45, os parâmetros para a decisão terapêutica levando-se em conta a estratificação de risco e os níveis pressóricos.

Quadro 45 - Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão

Estágio	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (10%/10 anos) e ausência de LOAs	Presença de fatores de risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de LOAs	Presença de LOA ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (20%/ano)
Pré-hipertensão	MEV	MEV	MEV*
Hipertensão estágio 1	MEV (até 12 meses) **	MEV (até seis meses)	MEV + Terapia medicamentosa
Hipertensão estágio 2	MEV + Terapia medicamentosa	MEV + Terapia medicamentosa	

Fonte: BRASIL, 2006c.

* Tratamento medicamentoso deve ser instituído em caso de lesão de órgão-alvo ou diabetes *mellitus*.

** Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para o tratamento medicamentoso inicial.

LOAs: lesões de órgão-alvo; MEV: modificações no estilo de vida.

6.4 Tratamento não medicamentoso

Consulte o Quadro 46, as relações de modificações no estilo de vida e controle da pressão arterial sistêmica.

Quadro 46 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica (PAS)

Modificação	Recomendação	Efeito aproximado na redução na PAS*
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 kg/m ²).	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta <i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i> (DASH).	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g (5 g de sal/dia): = no máximo três colheres de café rasas de sal (= 3 g) + 2 g de sal dos próprios alimentos.	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo de etanol a: 30 g/dia para os homens e 15 g/dia para as mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhada três vezes/semana durante no mínimo 30 minutos por dia, para prevenção, e diariamente para tratamento.	4 a 9 mmHg
Tabagismo	Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular	

Fonte: Modificado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

* Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

PARA SABER MAIS...

O padrão dietético DASH, rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da pressão arterial. Mais detalhes sobre como recomendar uma dieta ao estilo DASH: Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010.

6.5. Tratamento medicamentoso

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais e, se possível, a taxa de mortalidade.

1. Princípios gerais do tratamento da hipertensão arterial

A terapêutica anti-hipertensiva deve:

- ser eficaz por via oral;
- ser bem tolerada;
- permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias, com preferência para posologia de dose única diária.

Recomendações:

- Iniciar com as mais baixas doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente.
- Deve-se levar em conta que quanto mais alta a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos.
- Considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos.
- Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos.
- Instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos.
- Considerar as condições socioeconômicas dos pacientes portadores de hipertensão estágio dois.

Os principais grupos de anti-hipertensivos comercialmente disponíveis estão listados no Quadro 47.

Quadro 47 - Classes de anti-hipertensivos mais comumente disponíveis nas Unidades de Atenção Primária (continua)

Classe	Mecanismo de ação	Principais representantes	Dose inicial (mg)	Dose máxima (mg)	Número de tomadas/dia
Diuréticos	O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos relaciona-se inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Para uso como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses. A espironolactona é poupador de potássio; por isso, seu uso exige cuidados especiais.	Hidroclorotiazida	12,5	25	1
		Clortalidona	12,5	25	1
		Idapamina	2,5	5	1
		Furosemida	20	*	1-2
Inibidores adrenérgicos de ação central**	Agonistas alfa-2 centrais: atuam estimulando os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático.	Alfametildopa	500	1.500	1-3
		Clonidina	0,1	2,4	1-3
Betabloqueadores (BB)	Bloqueadores beta-adrenérgicos: seu mecanismo anti-hipertensivo envolve diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas.	Propranolol	40/80	240/160	2-3/1-2
		Atenolol	25	100	1-2
		Carvedilol	12,5	50	1-2

Continua...

Quadro 47 - Classes de anti-hipertensivos mais comumente disponíveis nas Unidades de Atenção Primária (continuação)

Classe	Mecanismo de ação	Principais representantes	Dose inicial (mg)	Dose máxima (mg)	Número de tomadas/dia
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC)	Sua ação anti-hipertensiva decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. Deve-se dar preferência aos bloqueadores dos canais de cálcio de longa duração, de ação intrínseca, como o anlodipino.	Amlodipina	2,5	10	1
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)	Agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, embora outros fatores possam estar envolvidos nesse mecanismo de ação. São eficazes no tratamento da HAS, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares nos hipertensos.	Captopril	25	150	2-3
		Enalapril	5	40	1-2
Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (ARA II)	Antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1	Losartana	50	19	1

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

*Dose máxima variável de acordo com a indicação e tolerância.

**Preferencialmente não devem ser usados como monoterapia, devendo, portanto, ser associados a outros anti-hipertensivos. Podem induzir o aparecimento de exige o uso de doses gradativamente crescentes.

De acordo com as 7a. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MALACHIAS, 2016):

O tratamento da HA visa, em última análise, a redução da morbimortalidade por doença cardiovascular (CV). Há evidências científicas através de estudos clínicos de desfechos que mostram benefícios do tratamento realizado com o uso de diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II. Deve ser ressaltado que a maioria desses estudos utilizou medicamentos em associação. Com base nas informações disponíveis, a proteção observada não depende do tipo de fármaco empregado, mas fundamentalmente da redução da PA. Informações recentes através de metanálises indicam que os benefícios obtidos com os betabloqueadores são menores quando comparados aos dos demais grupos, devendo ser reservados para situações específicas. Com relação aos alfabloqueadores e vasodilatadores diretos, não há informações efetivas sobre desfechos de morbimortalidade. Quanto aos inibidores diretos da renina, um único estudo de desfechos em pacientes diabéticos foi interrompido precocemente por ausência de benefícios e possibilidade de malefícios. Observa-se que os benefícios são maiores quanto maior o risco CV, mas ocorrem mesmo em pequenas elevações da PA (MALACHIAS, 2016, p.43).

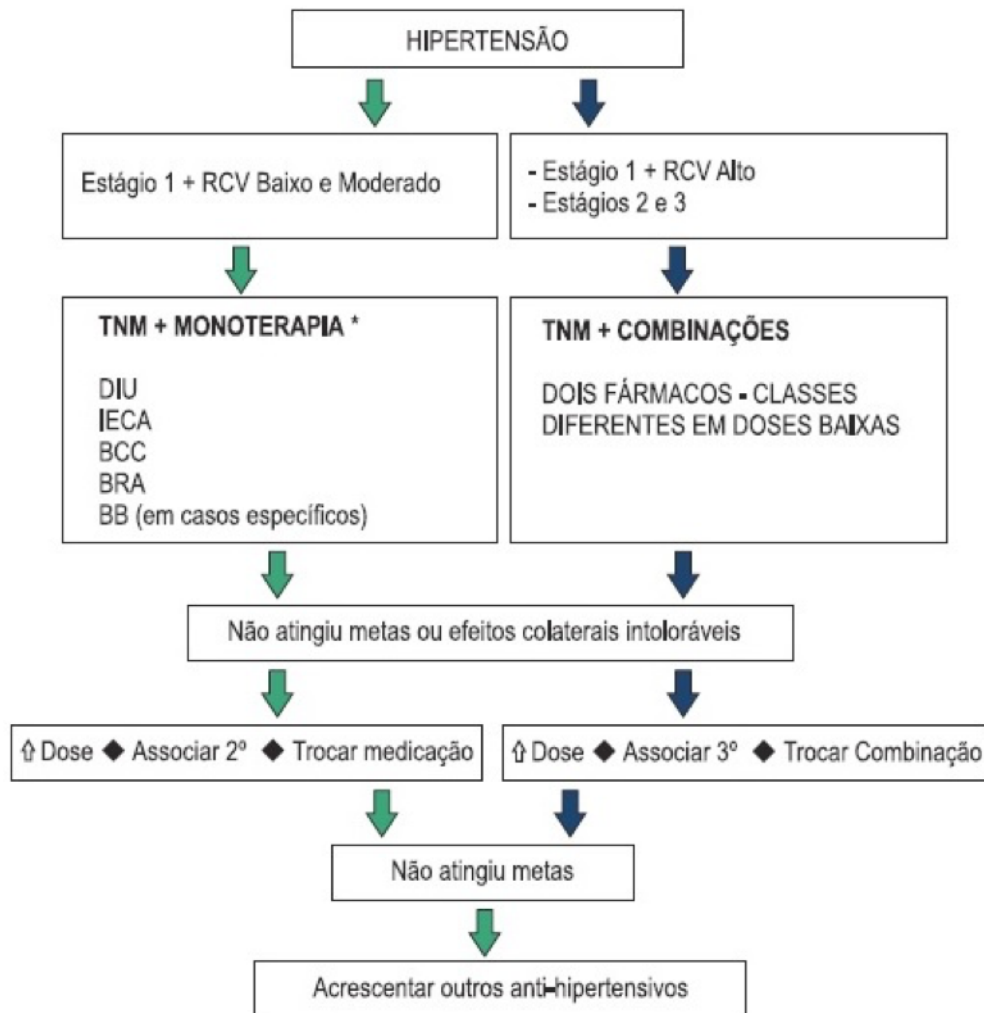
2. Monoterapia ou terapia combinada?

Com base em evidências recentes de que, em quase dois terços dos casos, a monoterapia não foi suficiente para atingir as reduções pressóricas previstas, há clara tendência atual à introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos, diante da demonstração de que valores mais baixos (130/80 mmHg) da pressão arterial podem ser benéficos para pacientes com características peculiares:

- de alto e muito alto risco cardiovascular;
- diabéticos.
- com doença renal crônica mesmo que em fase incipiente;
- em prevenção primária e secundária de acidente vascular encefálico, há clara tendência atual à introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos como primeira medida medicamentosa, sobretudo nos pacientes com hipertensão em estágios dois.

A Figura 11 ilustra o fluxograma para o tratamento medicamentoso, com monoterapia ou combinação, da hipertensão arterial sistêmica.

Figura 11 - Fluxograma para o tratamento da hipertensão arterial



Fonte: MALACHIAS, 2016.

DIU: diuréticos;

IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina;

BCC: bloqueadores de canais de cálcio;

BRA: bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II;

BB: betabloqueadores.

Há situações especiais para as quais alguns medicamentos são mais bem indicados ou contraindicados, seja por seus efeitos farmacológicos diretos, seja pelos riscos de efeitos adversos. O Quadro 48 orienta sobre o uso de anti-hipertensivos em algumas dessas situações.

Quadro 48 - Escolha do anti-hipertensivo conforme situações especiais

Situações Especiais	Diuréticos	BB	IECA	ARA II	BCC	AA
Insuficiência cardíaca	X	X	X	X		X
Pós-infarto do miocárdio		X	X			X
Alto risco coronariano	X	X	X		X	
Diabetes	X	X	X	X	X	
Doença renal crônica			X	X		
Prevenção de acidente vascular cerebral recorrente	X		X			

Fonte: NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2004.

BB: Betabloqueadores; IECA - inibidores da enzima conversora da angiotensina; ARA II: bloqueadores do receptor da angiotensina II; BCC: bloqueadores dos canais de cálcio; AA: antagonistas da aldosterona.

3. Uso de AAS no paciente hipertenso: quando?

Paciente de moderado e alto risco ou lesão estabelecida de órgão-alvo (desde que a pressão arterial esteja controlada).

4. Uso de hipolipemiantes no paciente hipertenso: quando?

Todos os pacientes com dislipidemia isolada e aqueles com alto risco cardiovascular devem ser orientados para a adesão de medidas não farmacológicas (Modificações do Estilo de Vida – MEV). O tratamento farmacológico deve ser iniciado naqueles de risco baixo (seis meses após MEV) ou intermediário (três meses após MEV) que não atingirem as metas (Quadro 49) após medidas não farmacológicas. Nas pessoas de alto risco, as medidas não farmacológicas e o tratamento com hipolipemiantes devem ser iniciados simultaneamente.

Quadro 49 - Medidas terapêuticas iniciais e período de reavaliação das dislipidemias

Estrato	Medida terapêutica inicial	Reavaliação de metas
Baixo risco	MEV	Seis meses
Risco intermediário	MEV	Três meses
Alto risco	MEV + tratamento farmacológico	Três meses
Aterosclerose manifesta	MEV + tratamento farmacológico	Individualizada

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007b

MEV: Modificação do estilo de vida.

As metas terapêuticas para o uso de hipolipemiantes são consideradas no Quadro 50.

Quadro 50 - Metas para terapêutica preventiva com hipolipemiantes

Risco em 10 anos		Meta terapêutica (mg/dL)	
		Colesterol LDL-	Colesterol não HDL-
Baixo risco	10%	< 160	< 190
Risco intermediário	10 a 20%	< 130	< 160
Alto risco ou diabéticos	< 20%	< 100 (opcional < 70)	< 130 (opcional < 100)
Aterosclerose manifesta	< 20%	< 70	100
		Colesterol HDL-	Triglicérides
Homens		≥ 40	< 150
Mulheres		≥ 50	< 150
Diabéticos		≥ 50	< 150

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007b.

Seção 7

Identificando fatores de risco cardiovascular

O risco em uma pessoa é consequência da presença, interação e potencialização de todos os fatores que contribuem para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, salientando que o risco cardiovascular é muito mais alto do que a somatória do risco de cada um dos fatores isolados.

Para o cálculo do risco cardiovascular global, deve-se fazer a avaliação clínica da pessoa baseada em dados da história e do exame clínico, como idade, sexo, antecedentes familiares de doença cardiovascular, peso, pressão arterial, tabagismo, sintomas sugestivos de diabetes e manifestações clínicas da doença aterosclerótica. Essa avaliação permite a identificação de pessoas com indicadores de risco, conforme Quadro 51.

Quadro 51 - Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Fator	Descrição
Idade	Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.
Gênero e etnia	A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não branca. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.
Excesso de peso e obesidade	O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre pessoas fisicamente ativas, incremento de 2,4 kg/m ² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão.
Ingestão de sal	Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado.
Ingestão de álcool	A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas.
Sedentarismo	Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em pessoas pré-hipertensas, bem como a mortalidade e o risco de doença cardiovascular.
Fatores socioeconômicos	A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida.
Outros fatores de risco cardiovascular	Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada; a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida e hábitos não saudáveis, em que se incluem: • Diabetes mellitus; • Dislipidemias: - Triglicérides > 150 mg/dL; - Colesterol LDL >100 mg/dL; HDL <40 mg/dL • Tabagismo.

Fonte: Modificado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

A avaliação clínica (história e exame físico) deve, de início e periodicamente, atentar para as repercussões dos níveis pressóricos elevados sobre alguns órgãos-alvos em particular (Quadro 52), bem como consolidar a estratificação de risco cardiovascular global (Quadro 53).

Quadro 52 - Identificação de lesões subclínicas de órgãos-alvo

Coração e vasos	Radiografia de tórax: recomendada para pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca, quando demais exames não estão disponíveis; e para avaliação de acometimento pulmonar e de aorta. Ecocardiograma: hipertensos estágios 1 e 2 sem hipertrofia ventricular esquerda ao ECG, mas com dois ou mais fatores de risco; hipertensos com suspeita clínica de insuficiência cardíaca. Ultrassom de carótida: pacientes com sopro carotídeo, com sinais de doença cerebrovascular ou com doença aterosclerótica em outros territórios. Teste ergométrico: suspeita de doença coronariana estável, diabetes ou antecedente familiar para doença coronariana em paciente com pressão arterial controlada. Investigação de hipertensão secundária, quando indicada pela história, exame físico ou avaliação laboratorial inicial. Avaliação periódica do colesterol e triglicérides.
Rins e diabetes <i>mellitus</i>	<i>Clearance</i> de creatinina Microalbuminúria ou relação albumina/creatinina Hemoglobina glicada (na impossibilidade de realizar hemoglobina glicada, sugere-se a realização do teste oral de tolerância à glicose em pacientes com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL. Exame periódico do fundo de olho.

Fonte: Modificado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

Quadro 53 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo: PAS 120 ou PAD 80	Normal: PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe: PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1: PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2: PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3: PAS 180 PAD 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
Um a dois fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ três fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas*	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

Fonte: Modificado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

*Diabete *mellitus*, dislipidemias.

LOA: Lesões de órgão-alvo; SM: síndrome metabólica; DM: diabetes *mellitus*. PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

O objetivo do cálculo do risco cardiovascular global é identificar as pessoas que devem ser aconselhadas e que precisam receber tratamento para prevenir a doença cardiovascular, bem como estabelecer o nível de agressividade das ações baseadas no risco (intervenções de baixa, moderada ou alta intensidade).

Foram criadas escalas de avaliação do risco cardiovascular global, instrumentos que permitem quantificar o risco de determinadas pessoas, resultante da presença simultânea de vários fatores de risco cardiovascular. Optou-se por utilizar o instrumento escore de risco de Framingham (ERF).

Os preditores utilizados no ERF são: idade, sexo, diabetes, tabagismo, pressão arterial tratada e não tratada, colesterol LDL e HDL. Deve ser feito o somatório dos pontos encontrados em cada passo, e o escore final levado à última etapa dará o risco estimado de desenvolver doença coronariana em 10 anos, em homens e mulheres. O Quadro 54 ilustra a estratificação do risco cardiovascular (ERF.)

Quadro 54 - Estratificação do risco cardiovascular em 10 anos

RISCO	CONDIÇÕES
Risco baixo	ERG < 5% em homens ou mulheres
Risco intermediário	ERG: 5 a < 20% em homens ERG: 5 a < 10% em mulheres Pacientes com diabetes sem DASC ou ER
Risco alto	ERG: > 20% em homens ERG: > 10% em mulheres Aterosclerose subclínica Aneurisma de aorta abdominal DRC LDL elevado
Risco muito alto	Aterosclerose significativa (> 50% obstrução) Com ou sem sintomas clínicos: coronários e cerebrovasculares Vascular periférica

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2006d; PRECOMA, 2019.

DASC: doença aterosclerótica subclínica;

DRC: doença renal crônica (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min./m², não dialítica);

ER: estratificadores de risco;

ERG: escore de risco global.

Vale ressaltar que testes laboratoriais e de imagem para a detecção de aterosclerose subclínica não são preconizados rotineiramente como ferramentas na estratificação de risco, mas podem ser incorporados em pessoas que sejam consideradas de risco intermediário segundo o escore de risco global (ERG) em 10 anos (Quadros 55 e 56).

Quadro 55 - Atribuição de pontos de acordo com o risco global e escore de risco cardiovascular global em 10 anos, para mulheres

Pontos	Idade (anos)	Colesterol HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Fumante	Diabetes	O escore de risco global (ERG)			
								em 10 anos			
								Soma de pontos	Risco global (%)	Soma de pontos	Risco global (%)
-3				<120				≤ -2	<1	14	11,7
-2		60+						1	1,0	15	13,7
-1		50-59			<120			0	1,2	16	15,9
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não	1	1,5	17	18,5
1		35-44	160-199	130-139				2	1,7	18	21,5
2	35-39	<35		140-149	120-129			3	2,0	19	24,8
3			200-239		130-139	Sim		4	2,4	20	28,5
4	40-44		240-279	150-159			sim	5	2,8	21+	>30
5	45-49		280+	160+	140-149			6	3,3		
6					150-159			7	3,9		
7	50-54				160+			8	4,5		
8	55-59							9	5,3		
9	60-64							10	6,3		
10	65-69							11	7,3		
11	70-74							12	8,6		
12	75+							13	10,0		
Soma de pontos =											

Fonte: Modificado de D'AGOSTINO, 2008; PRECOMA, 2019.

PAS = pressão arterial sistólica

ATENÇÃO...

A Sociedade Brasileira de Cardiologia oferece para acesso *on-line* sua **calculadora para estratificação de risco cardiovascular**, disponível em:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Calculadora para estratificação de risco cardiovascular**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/index.html>. Acesso em: 31 mar. 2019.

Disponível para MS Windows, Androide (disponível no Google Play) e iOS (disponível na AppStore).

Quadro 56 - Atribuição de pontos de acordo com o risco global e escore de risco cardiovascular global em 10 anos, para homens

Pontos	Idade (anos)	Colesterol HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Fumante	Diabetes	O escore de risco global (ERG)				
								em 10 anos				Soma de pontos
-2		60+		<120				≤ -3 ou menos	<1	14	18,4	
-1		50-59						-2	1,1	15	21,6	
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	Não	Não	-1	1,4	16	25,3	
1		35-44	160-199	130-139				0	1,6	17	29,4	
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129			1	1,9	18+	>30	
3			240-279	160+	130-139		Sim	2	2,3			
4			280+		140-159	Sim		3	2,8			
5	40-44				160+			4	3,3			
6	45-49							5	3,9			
7								6	4,7			
8	50-54							7	5,6			
9								8	6,7			
10	55-59							9	7,9			
11	60-64							10	9,4			
12	65-69							11	11,2			
13								12	13,2			
14	70-74							13	15,6			
Soma de pontos =												

Fonte: Modificado de D'AGOSTINO, 2008; PRECOMA 2019.
PAS = pressão arterial sistólica

De quais pessoas se deve calcular o risco cardiovascular global?

O risco cardiovascular global deve ser calculado naquelas pessoas consideradas de risco de desenvolver doença aterosclerótica, ou seja, que têm fatores de risco, mas sem doença estabelecida. Nos casos considerados de alto risco (com doença aterosclerótica estabelecida), o cálculo do risco cardiovascular global não é utilizado para avaliar o grau de risco, uma vez que este já é conhecido, mas pode ser útil para avaliar o benefício das intervenções terapêuticas usadas, ao permitir comparar um valor prévio de risco com um segundo, obtido após terapêutica.

Embora a escala risco cardiovascular global seja muito utilizada para a estimativa do risco cardiovascular, ela tem algumas limitações, como não permitir a combinação de mais de cinco variáveis, tornando a estimativa de eventos coronarianos menos precisa nas pessoas de risco intermediário (nos quais acontece a maioria dos eventos), na avaliação cardiovascular de curto prazo, nos jovens e nas mulheres. Portanto, é necessário considerar os fatores agravantes de risco. Os pacientes de baixo e intermediário risco que apresentem fatores agravantes podem ser classificados em uma categoria de risco acima daquela estimada isoladamente pelo escore (exemplo: uma pessoa com ERF intermediário e com história familiar de doença isquêmica prematura passa a ser considerada de alto risco). Observe, a seguir, no Quadro 57, os critérios para identificação de pessoas com alto risco cardiovascular e os fatores agravantes de risco.

Quadro 57 - Critérios de risco e fatores agravantes para eventos coronarianos

Critérios para identificação de pacientes com alto risco de eventos coronários

- Doença arterial coronária manifesta atual ou prévia (angina estável, isquemia silenciosa, síndrome coronária aguda ou cardiomiopatia isquêmica);
- doença arterial cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou ataque isquêmico transitório);
- doença aneurismática ou estenótica de aorta abdominal ou seus ramos;
- doença arterial periférica;
- doença arterial carotídea (estenose $\geq 50\%$), diabetes *mellitus*.

Fatores agravantes de risco

- Insuficiência renal crônica (creatinina $\geq 1,5$ mg/dL ou clearance de creatinina 60 mL/min.);
- síndrome metabólica;
- nefropatia - micro ou microalbuminúria (30 μ g/min.);
- hipertrofia de ventrículo esquerdo;
- história familiar de doença coronária prematura (parente de primeiro grau masculino com menos de 55 anos ou feminino com menos de 65 anos).

Fonte: Adaptado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007b.

Seção 8

Falando sobre o diabetes *mellitus*

O diabetes *mellitus* (DM) é um dos problemas mais importantes em saúde pública no mundo, com elevação da incidência, sobretudo em países em desenvolvimento. O número de pessoas diabéticas está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à expandida urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como à maior sobrevida do paciente com DM. No Brasil, observa-se prevalência do diabetes e da intolerância à glicose, entre adultos (30 a 69 anos), de 7,6 e 7,8%, respectivamente.

O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

O DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam, em comum, a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos.

1. Tipos de diabetes

Assim, a classificação pela American Diabetes Association (ADA) inclui quatro classes clínicas (Quadro 58):

Quadro 58 – Tipos de diabetes

1	DM tipo 1: - Tipo 1A: deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais; - Tipo 1B: deficiência de insulina de natureza idiopática.
2	DM tipo 2: perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina.
3	DM gestacional: hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio.
4	Outros tipos de DM: - Monogênicos (MODY); - Diabetes neonatal; - Secundário a endocrinopatias; - Secundário a doenças do pâncreas exócrino; - Secundário a infecções; - Secundário a medicamentos.

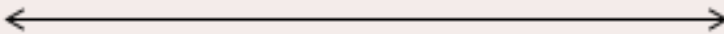
Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019.

DM: diabetes mellitus; MODY: maturity-onset diabetes of the young.

Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a tolerância à glicose diminuída e a glicemia de jejum alterada. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (DCV).

Como o grau de hiperglicemia (caso exista) pode mudar ao longo do tempo, dependendo da extensão do processo da doença subjacente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012), reitera-se aqui a continuidade e a integralidade do cuidado, princípios estruturantes da Atenção Primária, e sua relação com a rede a partir dos mecanismos de referência e contrarreferência. Isso garante o acompanhamento eficaz e criterioso da pessoa com diabetes, com hiperglicemia ou portadora de fatores de risco (Quadro 59).

Quadro 59 - Distúrbios da glicemia: tipos etiológicos e estágios

Estágios / Tipos	Normoglicemia	Hiperglicemia			
	Regulação normal da glicose	Tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada (pré-diabetes)	Diabetes mellitus		
			Sem necessidade de insulina	Necessidade de insulina para controle	Necessidade de insulina para sobreviver
Tipo 1					
Tipo 2					
Diabetes gestacional					
Outros tipos específicos					

Fonte: Adaptado de AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012.

2. Rastreamento de diabetes na população assintomática. Quando?

Segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019, os critérios para rastreamento do diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) em adultos assintomáticos são descritos no Quadro 60.

Quadro 60 - Critérios para rastreamento do diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) em adultos assintomáticos

Indivíduos com 45 anos: sugere-se rastreamento de DM2 em indivíduos com sobrepeso ou obesidade e que apresentem mais um fator de risco para DM dentre os seguintes:

- Pré-diabetes;
- História familiar de DM (parente de primeiro grau);
- Raça/etnia de alto risco para DM (negros, hispânicos ou índios Pima);
- Mulheres com diagnóstico prévio de DMG;
- História de doença cardiovascular;
- Hipertensão arterial;
- HDL-c < 35 mg/dL e/ou triglicérides >250 mg/dL;
- Síndrome de ovários policísticos;
- Sedentarismo;
- *Acantose nigricans*.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019.

DM: diabetes *mellitus*, DMG: diabetes *mellitus* gestacional

Na ausência dos critérios, o rastreamento de diabetes deve iniciar-se aos 45 anos de idade. O intervalo de rastreamento para DM em pessoas com testes normais deve ser a cada três anos, mas pode ser realizado com mais frequência, conforme os resultados dos testes e avaliação do risco. Para tanto, há que ser ter em mente os critérios diagnósticos para o diabetes, estágios pré-clínicos ou risco aumentado para essa doença (Quadro 61).

Quadro 61 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes

Categoria	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso (mg/dL)	HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	100	140		5,7	A OMS emprega valor de corte de 110 mg/ dL para normalidade da glicose em jejum.
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	100 a 126*	≥ 140 a 200 [#]		≥ 5,7 e 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré- diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200, com sintomas clássicos ****	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019.

OMS: Organização Mundial da Saúde; HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes *mellitus*.

* Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.

Categoria também conhecida como intolerância oral à glicose.

3. Avaliação clínica do paciente com diabetes

A avaliação do paciente diabético deve compreender a anamnese, com revisão da história pregressa, medicamentosa e familiar, além de exame físico direcionado para a identificação das principais alterações e complicações associadas ao diabetes. Deve-se estar atento para os sintomas dessa doença que, quando presentes, podem incluir: poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento rápido, dormência ou formigamento em mãos e pés, fadiga, pele seca e prurido, feridas de difícil cicatrização, infecções frequentes, visão borrada, disfunção erétil, disfunção intestinal e da bexiga e, raramente, prurido genital (candidíase). A avaliação laboratorial deve incluir: glicemia de jejum, HbA1c, colesterol total e frações, triglicérides, creatinina, urina rotina, microalbuminúria (se proteinúria negativa), TSH e ECG.

4. Tratamento do diabetes mellitus 2

O tratamento do DM2 envolve uma série de cuidados não medicamentosos e o tratamento medicamentoso.

4.1 Tratamento não medicamentoso

Atividade física

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. O paciente com DM2 deve realizar pelo menos 150 minutos semanais de atividade física aeróbica, de intensidade moderada a vigorosa. Na ausência de contraindicação, as pessoas com DM2 devem ser encorajadas a fazer exercícios de resistência três vezes por semana.

Acompanhamento nutricional

A orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle de pacientes com diabetes *mellitus*, quando associados a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha. A adoção de um plano alimentar saudável é fundamental no tratamento do DM2.

PARA SABER MAIS SOBRE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E ATIVIDADE FÍSICA DO DIABÉTICO

Consulte o Caderno de Atenção Básica 36 - Diabetes *mellitus* (BRASIL, 2013c), disponível no site: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: *diabetes mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

4.2. Controle de fatores de risco

Nas pessoas com diabetes é fundamental o controle de fatores de risco para doença cardiovascular tais como hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e obesidade. O controle desses fatores de risco também reduz o risco de desenvolvimento de complicações do diabetes.

4.3. Tratamento medicamentoso

Quando o paciente com DM2 não responde ou não adere adequadamente às medidas não medicamentosas, devem ser indicados agentes antidiabéticos orais ou insulina, com o objetivo de controlar a glicemia e promover a queda da hemoglobina glicada.

A escolha do medicamento deve levar em conta:

- os valores das glicemias de jejum e pós-prandial e da HbA1c;
- o peso e a idade do paciente;
- complicações, outros transtornos metabólicos e doenças associadas;
- as possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e as contraindicações.

PARA SABER MAIS SOBRE O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA O DM2, CONSULTE:

Medicamentos no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: como selecioná-los de acordo com as características clínicas dos pacientes, em: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Organização FORTI, A.C et al. São Paulo: Editora Clannad, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. (p. 235).

Avaliação do controle glicêmico

A medida da HbA1c é instrumento fundamental na monitorização do controle glicêmico. O termo genérico *hemoglobina glicada* refere-se a um conjunto de substâncias formadas com base em reações entre alguns açúcares e a hemoglobina A (HbA) – que corresponde a mais de 95% da hemoglobina das hemácias do adulto.

Em termos de avaliação do controle do diabetes, a fração A1c (HbA1c) é a mais importante e a mais estudada. O nível de HbA1c reflete a glicemia média de uma pessoa durante os dois a três meses anteriores à data de realização do teste e, assim, tem grande utilidade na avaliação do nível de controle glicêmico e da eficácia do tratamento vigente.

A automonitorização da glicemia, por meio dos aparelhos denominados glicosímetros, permite ao paciente avaliar os resultados do tratamento, além de possibilitar melhor ajuste das medicações e ser útil na prevenção da hipoglicemia. A automonitorização da glicose sanguínea mostrou ser efetiva para pacientes com DM tipo 1 e para pacientes com DM tipo 2 em uso de insulina.

O controle glicêmico é mais bem-avaliado pela combinação dos resultados da automonitorização domiciliar da glicemia e dos níveis de HbA1c. O Quadro 62 mostra a relação entre HbA1c e correspondente glicemia média estimada nos últimos três a quatro meses (GME), anteriores ao teste.

A GME é estabelecida por meio de um cálculo simples, sendo $GME = 28,7 \times A1C - 46,7$ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Quadro 62 - Relação entre HbA1c e a correspondente glicemia média estimada (GME) nos últimos três a quatro meses.

Nível de HbA1c (%)	Modelo anterior (mg/dL)	Modelo atual (mg/dL)
4	65	70
5	100	98
6	135	126
5	100	98
6	135	126
7	170	154
8	205	183
9	240	212
10	275	240
11	310	269
12	345	298

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019.
HbA1c: hemoglobina glicada.

A dosagem de HbA1C deve ser realizada pelo menos duas vezes ao ano por todos os diabéticos e quatro vezes por ano (a cada três meses) para pacientes que se submetem a alterações no esquema terapêutico ou que não estejam atingindo os objetivos recomendados com o tratamento vigente.

Níveis de HbA1C acima de 6,5% estão associados a risco progressivamente mais alto de complicações crônicas (retinopatia, nefropatia, neuropatia e microalbuminúria). Por isso, o conceito atual de tratamento do diabetes por objetivos define 6,5% como o limite superior recomendado, acima do qual está indicada a revisão do esquema terapêutico em vigor.

Uso de antiagregantes plaquetários no diabetes

O uso de ácido acetilsalicílico (AAS) está recomendado em pacientes diabéticos nas seguintes situações:

- **Prevenção primária:** pacientes com diabetes tipo 1 ou 2, com risco cardiovascular aumentado (10% em 10 anos), ou homens 50 anos e mulheres 60 anos, que apresentem fatores de risco adicionais (história familiar, hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia ou albuminúria). Frequentemente, os benefícios dessa conduta têm sido questionados, o que exige constante acompanhamento de estudos novos.
- **Prevenção secundária:** pacientes com diabetes e história de doença cardiovascular, caso não haja contraindicações.

Uso de estatinas no paciente diabético

A terapia com estatina deverá ser adicionada à terapia de mudança de estilo de vida, independentemente dos níveis de lipídios de base, para pacientes diabéticos, nos seguintes casos:

- com doença cardiovascular (DCV) evidente;
- sem DCV, acima de 40 anos e com um ou mais fatores de risco DCV;
- em pessoas sem DCV evidente, a meta primária é de colesterol LDL 100 mg/dL;
- em pessoas com DCV evidente, a meta de colesterol LDL abaixo de 70 mg/dL, usar alta dose de estatina é uma opção.

7. Saúde bucal e diabetes mellitus

Algumas alterações bucais podem se constituir em sinal clínico do diabetes não diagnosticado ou mal controlado, incluindo: queilose, fissuras, ressecamento de mucosas, diminuição do fluxo salivar, dificuldades de cicatrização e alterações na microbiota.

O exame da cavidade oral, realizado pelo cirurgião-dentista, deve ser completo e não somente relacionado ao periodonto. É frequente observar tendência mais acentuada a hiperplasias gengivais, pólipos, formação de abscessos, perda dentária e periodontite em pacientes diabéticos. O grau de controle da glicemia tem relação bidirecional com a doença periodontal, estando o mau controle glicêmico relacionado à elevada prevalência e gravidade da inflamação gengival e destruição tecidual, ao passo que pacientes diabéticos com infecção periodontal possuem pior controle glicêmico do que diabéticos sem essa infecção.

É necessário que o cirurgião-dentista, ao identificar qualquer alteração bucal que sugira mau controle glicêmico, referencie o paciente para o médico responsável.

Os profissionais de saúde devem reforçar, a cada oportunidade, os aspectos preventivos (higiene bucal, uso de escovas, fio dental, creme dental, enxaguatórios, etc.).

8. Tratamento de complicações agudas do diabetes

1. Cetoacidose diabética e o estado hiperglicêmico hiperosmolar

A cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH) são as duas complicações agudas mais graves que podem ocorrer durante a evolução do diabetes *mellitus* (DM) tipos 1 e 2. Os fatores precipitantes da cetoacidose ou do estado hiperglicêmico hiperosmolar são, em sua maioria, de natureza infecciosa aguda (respiratória, urinária, genital, cutânea, etc.). Esses fatores estão frequentemente associados ou não ao tratamento insulínico interrompido ou inadequado às condições do paciente. Situações agudas estressantes, tanto de causa emocional isolada como acompanhando quadros orgânicos graves de acidentes vasculares (cerebrais ou coronarianos), pancreatites agudas, etc., também têm sido associadas ao desencadeamento dessas complicações diabéticas.

A cetoacidose é uma complicação aguda, típica do paciente diabético do tipo 1, referindo-se a um conjunto de distúrbios metabólicos que se desenvolve em situação de deficiência insulínica grave ou absoluta, comumente associada a condições estressantes, que levam ao aumento dos hormônios contrarreguladores. O quadro clínico consiste em polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. Esse quadro pode se agravar, levando a complicações tais como choque, distúrbio hidroeletrólítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração e síndrome de angústia respiratória do adulto.

Como não é possível assegurar controle metabólico estável do diabetes tipo 1 em todos os pacientes, a prevenção da cetoacidose deve ser complementada com detecção e tratamento precoces, evitando-se sua evolução e necessidade de hospitalização.

O estado hiperglicêmico hiperosmolar é de hiperglicemia grave (600 a 800 mg/dL), desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose. Ocorre no DM2, porque um mínimo de ação insulínica preservada nesse tipo de diabetes pode prevenir a cetogênese. A mortalidade é muito elevada devido à idade dos pacientes que desenvolvem esse tipo de complicação e à gravidade dos fatores precipitantes.

2 Hipoglicemia

Hipoglicemia refere-se à diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 50 mg/dL. Geralmente essa queda desencadeia sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão e tremores).

Pode ocorrer em pacientes que utilizam sulfonilureias, repaglinida, nateglinida ou insulina. Com a busca crescente pelo controle metabólico estrito, a ocorrência de hipoglicemia vem aumentando. As pessoas que variam muito seu padrão de dieta e exercício físico, que têm longa duração do diabetes ou que apresentam neuropatia diabética grave têm alto risco de hipoglicemia, além daqueles que apresentaram uma ou mais hipoglicemias graves recentemente. As situações de risco são: atraso ou omissão de refeições, exercício vigoroso, consumo excessivo de álcool e erro na administração de insulina ou de hipoglicemiante oral.

A maioria dos quadros de hipoglicemia é leve e facilmente tratável pelo próprio paciente. A hipoglicemia pode ser grave quando o paciente ignora ou trata inadequadamente suas manifestações precoces, quando não reconhece ou não apresenta essas manifestações ou quando a secreção de hormônios contrarreguladores é deficiente – o que pode acontecer com a evolução da doença.

O Quadro 63 sintetiza as instruções para pacientes, familiares e profissionais para o imediato tratamento da hipoglicemia.

Quadro 63 - Protocolo de tratamento da hipoglicemia (glicemia < 70 mg/dL)

Condição do paciente	Procedimento
Consciente e se alimentando	- Administrar 15 g de carboidrato de absorção rápida (uma colher de sopa de açúcar ou 30 mL de soro glicosado a 50% diluído em água filtrada). - Se for possível, rever o valor da glicemia capilar (GC) após 15 minutos; se não houve reversão da hipoglicemia, repetir o processo.
Jejum intencional e com acesso venoso prévio	- Administrar 30 mL de glicose 50%, diluídos em 100 mL de soro a 0,9% por via endovenosa. - Repetir a GC em 5 minutos e se não houve recuperação o procedimento deve ser repetido. - Após a correção imediata é necessário oferecer alimento, se possível. - Caso não seja possível, aumentar aporte calórico endovenoso.
Em torpor ou inconsciente e sem acesso venoso prévio	- Administrar uma ampola de glucagon por via intramuscular ou subcutânea. - Quando consciente oferecer alimento, se possível. - Continuar tentativa de acesso venoso.

Fonte: Modificado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019.

9 Complicações crônicas do diabetes

1 Pé diabético

A Organização Mundial da Saúde define “pé diabético” como uma condição em que a pessoa com diabetes apresenta infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores. Neuropatia e/ou doença arterial periférica são fatores de risco para ulceração dos pés nos pacientes diabéticos, podendo evoluir para infecção, gangrena e amputação. Todos os pacientes diabéticos devem ter rastreamento anual dos pés e, naqueles casos em que seja identificada neuropatia periférica e/ou histórico de amputação/úlcera, a frequência dos rastreamentos deve ser aumentada.

2 Retinopatia diabética

Essa complicação tardia é comum nas pessoas diabéticas, sendo encontrada após 20 anos de doença em mais de 90% das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 e em 60% dos de tipo 2, muitos com formas avançadas de retinopatia e ainda assintomáticos.

O risco de perda visual e de cegueira é substancialmente reduzido com a detecção precoce, em que as alterações irreversíveis na retina ainda não estão presentes e desde que o paciente tenha rápido acesso ao tratamento.

Na retinopatia, o paciente pode apresentar-se assintomático ou relatar *borramento* visual e até perda súbita da visão. Por essa razão, o consenso é de que se realize o acompanhamento anualmente. Por ser uma doença, em representativo número de pacientes, assintomática até suas formas mais graves e pela necessidade de início de tratamento antes que alterações irreversíveis estejam presentes, o encaminhamento das pessoas com diabetes para terapêutica especializada é essencial.

São recomendações gerais para início de acompanhamento:

- Diabético tipo 1 deve iniciar o acompanhamento após a puberdade e cinco anos de doença.
- Diabético tipo 2 deve iniciar o exame dos olhos após o diagnóstico do diabetes.
- O intervalo entre os exames é anual, podendo ser mais curto, dependendo do grau de retinopatia encontrado, ou mais longo, de acordo com orientação do oftalmologista.
- Durante a gravidez, os exames devem ser trimestrais.
- Pacientes com queixa de queda de visão devem ser encaminhados para o oftalmologista com urgência.

3. Nefropatia diabética

É uma complicação frequente do diabetes *mellitus*, representando a principal causa de insuficiência renal terminal em programas de diálise, com elevadas taxas de mortalidade. Convencionou-se dividir a evolução da nefropatia diabética em três estágios: incipiente ou fase de microalbuminúria, clínica ou fase de macroalbuminúria e insuficiência renal terminal (Quadro 64).

Quadro 64 - Alterações na excreção da albumina

Classificação	Valores mg/24h
Normal	< 30
Microalbuminúria (incipiente)	30-299
Macroalbuminúria (evidente/clínica)	≥300

Fonte: Adaptado de AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009.

O rastreamento para nefropatia diabética deve ser realizado anualmente, com avaliação da excreção urinária de albumina e de creatinina sérica.

Veja, a seguir, algumas estratégias de prevenção do desenvolvimento e progressão da nefropatia diabética:

- Manutenção da pressão arterial 130/80 mmHg.
- Controle glicêmico intensivo.
- Controle da dislipidemia (LDL $\leq$ 100 mg/dL e $\leq$ 70 mg/dL diante de doença cardiovascular).
- Controle do tabagismo.
- Controle na ingestão diária de proteínas.
- Nos casos de microalbuminúria ou formas mais avançadas de nefropatia, devem-se usar inibidores de enzima conversora da angiotensina (IECAs) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA), mesmo na ausência de HAS concomitante.

4. Neuropatia diabética

A neuropatia diabética apresenta quadro variado, com múltiplos sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas. A neuropatia pode variar de assintomática a fisicamente incapacitante. Seu diagnóstico é importante para a identificação de pessoas em risco de desenvolver lesões e, conseqüentemente, amputações de membros inferiores.

Neuropatias sensitivo-motoras

- Polineuropatia sensitivo-motora simétrica distal é a apresentação mais comum e subdivide-se em:
 - a) Inicial: assintomático ou diminuição sensitiva.
 - b) Sintomática: perda sensitiva, dormência, parestesias, dor.
 - c) Grave: envolvimento motor com limitação.
- Neuropatias focais: mononeuropatias, amiorradiculopatias, neurites compressivas.
- Neuropatias autonômicas, que podem acometer diferentes sistemas:
 - Cardiovascular (resposta anormal da frequência cardíaca a diversos estímulos – taquicardia de repouso, hipotensão postural).
 - Gastrointestinal (gastroparesia, diarreia noturna, incontinência fecal e constipação).
 - Urogenital (bexiga neurogênica — retenção, incontinência e infecção urinárias).
 - Neuropatia pupilar causando dificuldade para visão noturna.
 - Outras: neuropatia sudomotora (anidrose plantar com pele seca, fissuras e hiperqueratose dos pés), perda ou deficiência na percepção da hipoglicemia.

Todos os pacientes diabéticos devem ser rastreados anualmente para as neuropatias sensitivo-motoras, iniciando-se no momento do diagnóstico do diabetes.

O diagnóstico das formas mais comuns de neuropatia diabética baseia-se em sintomas e sinais clínicos mais típicos (dormência, formigamento, pontadas, choques nas pernas e nos pés e queixas de diminuição ou perda da sensibilidade térmica, tátil ou dolorosa) e na realização de testes neurológicos. Os testes neurológicos básicos envolvem a avaliação da sensibilidade, pesquisa dos reflexos tendinosos, medida da pressão arterial (deitado e em pé) e frequência cardíaca.

É importante destacar que a ausência de sintomas e sinais de parestesia não exclui a neuropatia, pois alguns pacientes evoluem diretamente para a perda total de sensibilidade, o que reforça a necessidade da realização dos testes neurológicos.

Devem ser rastreados para neuropatia autonômica:

- Pacientes portadores de DM tipo 1: cinco anos após o diagnóstico.
- Pacientes portadores de DM tipo 2: no momento do diagnóstico.

5. Doença arterial obstrutiva periférica

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) caracteriza-se pela obstrução aterosclerótica progressiva das artérias dos membros inferiores. Muitas pessoas são assintomáticas e, aproximadamente, um terço desenvolve claudicação intermitente; algumas evoluem com isquemia crítica do membro e risco de amputação. A anamnese e o exame físico quase sempre são suficientes para o diagnóstico de DAOP, geralmente evidenciada por dor nas panturrilhas à deambulação, com melhora em repouso e ausência ou redução dos pulsos arteriais periféricos. Mais tardiamente, surge dor em repouso ou ferida que não cicatriza. O índice tornozelo-braço (ITB) é teste não invasivo, reprodutível e razoavelmente acurado para a identificação e determinação da gravidade da DAOP.

10. Imunização na pessoa com diabetes

Pacientes com diabetes *mellitus* têm alto risco presumido de infecção pneumocócica grave e complicações de *influenza*, sendo recomendada atenção especial a essas vacinas. Todos os adultos com história de vacinação antitetânica incerta ou incompleta deverão iniciar ou completar seu esquema vacinal.

Conclusão

O campo de estudo em relação à saúde do adulto é extenso. Neste curso, procuramos atender às condições mais frequentes, em linguagem apropriada a médicos e enfermeiros, principalmente, mas extensível a outros profissionais da equipe e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Como partes integrantes do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família – 2020, os profissionais têm a oportunidade de acesso a outros cursos que tratam das necessidades do adulto, como a Saúde da Mulher (ARAÚJO; CAMPOS, 2020), Educação Física: Atenção à Saúde do Adulto (BORGES, 2019), Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto (PALMIER et al., 2008), Saúde Mental (PEREIRA; VIANNA, 2009), Saúde do Trabalhador (SILVEIRA, 2009), além das referências de Diretrizes, Consensos e dos Cadernos de Atenção Primária à Saúde.

A abordagem tem um limite para a Atenção Primária à Saúde, mas abrindo-se à complexidade da referência clínica e da organização do serviço de saúde.

Em termos de flexibilidade, cada profissional pôde concentrar seu foco de estudo considerando as possibilidades de ampliação da leitura, utilizando as várias citações no texto e respectivas referências apresentadas.

Assim, este curso procurou atender ao princípio pedagógico do protagonismo – profissional sujeito de seu próprio processo de aprendizagem – que o adulto deve ter em sua educação permanente. E que essa oportunidade tenha sido de abrir caminhos, muito mais que ensinar.

Referências

Referências

- AIRAKSINEN, O. *et al.* Chapter 4. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. **Eur Spine J.**;15 (Suppl. 2): S192-300, 2006. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3454542/pdf/586_2006_Article_1072.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.
- ALBERT, X. *et al.* Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. **Cochrane Database Syst Rev.** 2004;2004(3):CD001209. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7032641/pdf/CD001209.pdf>. Acesso 19 jun. 2020.
- ALMEIDA, D.C.; KRAYCHETE, D.C. Dor lombar - uma abordagem diagnóstica. **Rev. dor.** Vol.18, no.2, São Paulo abr. / jun., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n2/pt_1806-0013-rdor-18-02-0173.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.
- ALVES, R. **Escutatória**. 2013. Disponível em: http://www.rubemalves.com.br/10mais_03.php. Acesso em: 19 jun. 2020. Acesso em: 19 jun. 2020.
- AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. **ACR Appropriateness Criteria** - Clinical Condition: Low Back Pain (Last review date: 2005). [Recurso eletrônico]. Disponível em: <http://www.disnola.com/wp-content/uploads/2014/08/appropriateness-criteria-low-back-pain.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2009. **Diabetes Care**; 23, suppl. 1, p. S13-S61, 2009. Acesso em: 19 jun. 2020.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2010. **Diabetes Care**, v. 33, suppl. 1, p. S11-S61, 2010. Acesso em: 19 jun. 2020.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2011. **Diabetes Care**, v 34, suppl. 1, p. S11-S61, 2011.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes melito. **Diabetes Care**, supp. 35, p. S64-71235, 2012. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S64.full.pdf+html. Acesso em: 19 jun. 2020. Acesso em: 19 jun. 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, A. C. L.; CAMPOS, R. R. **Rede de Atenção: saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2020. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br. Acesso 19 jun. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - ABEAD. Porto Alegre, c2020. Disponível em: <http://abead.com.br/site/>. Acesso em: 19 abr. 2020.

ATKINS, D.O. Exame periódico de saúde. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 76-81, 2009.

AUGUSTO, D.K. **Cuidado à pessoa com multimorbidade e polimedicamentos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 56p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Material_Impresso-Cuidado_pessoa-com-multimorbidade_e_polimedicamentos.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

AZEVEDO, E. C. C. *et al.* Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal – uma revisão sistemática. **Cien Saúde Colet**, 19(5):1447-1458, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n5/1447-1458/pt>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BARBOSA, A. J. A.; RODRIGUES, M. A. P. M. Tubo digestivo. In BRASILEIRO FILHO, G. (Ed.). **Bogliolo Patologia**. 8a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011. v. 1. 1501p.

BARRETO, S. M. *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 1, p. 41-68, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BARROS, E. *et al.* Infecção urinária em adultos. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2013.

BIVANCO-LIMA, D. *et al.* Cefaleia e enxaqueca. In GUSSO, G.; LOPES, J. M.C.; DIAS, L.C. (Organizadores). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade** - princípios, formação e prática. 2a. Edição. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda., 2019.

BORDINI, C.A. *et al.* Recommendations for the treatment of migraine attacks - a Brazilian consensus [Recurso eletrônico]. **Arq Neuropsiquiatr** 74(3):262-271, 2016. Disponível em: https://sbcefeleia.com.br/images/file_4.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BORGES, K. E. L.; MYOTIN, E. **Educação Física: atenção à saúde do adulto**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 101p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educacao-fisica_atencao-saude-adulto_Versao_Final.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD**. Brasília, [201?]. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conheca-a-senad>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 200?. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_simplificado.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Diagnóstico e monitoramento**. Brasília: Ministério da Saúde, [201?]. Disponível em: <http://telelab.aids.gov.br/>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Diagnóstico e monitoramento: diagnóstico de sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, [201?]. Brasília: Ministério da Saúde, [201?]. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/95-diagnostico-de-sifilis>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Diagnóstico e monitoramento: diagnóstico de HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, [201?]. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/93-diagnostico-de-hiv>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde. **Calculadoras**. Teste de Fagerström. São Paulo, [201?]. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/index.php?page=12>. Acesso em: 31 mar. 2019.

BRASIL. Poder Executivo. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília**, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Poder executivo. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília**, 3 out. 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica.** Brasília, 2003b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_simplificado.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf. Acesso em: 12 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad12.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 51 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** (Princípios e diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito**: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 38p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Brasília: MS, 2010a. 95 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da declaração de óbito**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 58p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme**: condutas básicas para tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 64 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 56p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em 19 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015a. 168 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016a. 114p. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: proctologia**. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. v. 7. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_proctologia_v_VII.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: reumatologia e ortopedia: versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. v. 3. 46p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_reumatologia_ortopedia_v_III.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, de 22 de set. de 2017a. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profilaxia pré-exposição sexual ao HIV - PrEP HIV: orientação para profissionais de saúde: guia de consulta rápida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/97_5f112f4b03293ab224f3be25b630f692. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.** 4a. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 149 p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57787/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf?file=1&-type=node&id=57787&force=1. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 52 p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64510/miolo_pcdt_prep_11_2018_web.pdf?file=1&-type=node&id=64510&force=1. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018d. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59183/pcdt_pep_2018_web_28_05_2018.pdf?file=1&-type=node&id=59183&force=1. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).** Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 248p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt_ist_fnal_24_06_2019_web.pdf?file=1&-type=node&id=57800&force=1. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde. 2019b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66888/boletim_sifilis_2019_internet_1.pdf?file=1&-type=node&id=66888&force=1. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67064/boletim_hiv aids_2019.pdf?file=1&type=node&id=67064&force=1. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais** [recurso eletrônico]. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019d. 174 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. **Calendário Nacional de Vacinação, 2020**. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/files/imunizacao/calendario/Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Plano Nacional de Controle do Tabagismo. **Tratamento do tabagismo**. São Paulo, 2020 [on-line]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Hipertensão arterial e doenças do aparelho circulatório: enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Manole, 2006.

BREIVIK, H.; *et al.* Assessment of pain. **Br. J. Anaesth.** v. 101, p. 17–24, 2008. Disponível em: [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)34263-0/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)34263-0/pdf). Acesso em: 19 jun. 2020.

BROWN, J. B.; WESTON, W.W. Caso ilustrativo: “Se quiser conhecer um homem, pergunte-lhe com ele se preocupa. In STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BUCHNER, D.M. Actividad física. In: GOLDMAN. L.; SCHAFER A. I. Goldman-Cecil. **Tratado de medicina interna**, 25.ª edición. Elsevier: España, S.L.U., 2017.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE SERVICES. **CTFPHC Guidelines**. Disponível em: <https://canadiantaskforce.ca/>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CAREZZATO, N. L.; HORTENSE, P. Migrânea: etiologia, fatores de risco, desencadeantes agravantes e manifestações clínicas. **Rev Rene.**, v. 15, n. 2, p. 334-42, mar./abr. 2014. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=migranea+revis%C3%A3o&oq=migra&aqs=chrome.69i59j69i57j0l6.1662j1j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CASAZZA, B.A. Diagnosis and Treatment of Acute Low Back Pain. **Am Fam Physician.** 85(4):343-350, 2012. Disponível: <https://www.aafp.org/afp/2012/0215/p343.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CASTRO, R. C. L.; COLLARES, M. F. Cefaleia. In DUNCAN, B.B. et al. (Org.) **Medicina Ambulatorial: condutas na Atenção Primária baseadas em evidências**. 4a. edição. Porto Alegre: Artmed, 2013, 1952p.: il. color.

CECIN, H. A. Diretriz I: fundamentos do diagnóstico das doenças da coluna vertebral lombar. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 48, mar./abr. 2008. Suplemento 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbr/v48s1/03.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CHARLES, A. Migraine. **N Engl J Med.** Vol. 377: 553-561, 2017. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1605502?articleTools=true>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CHOU, R. *et al.* Screening for dyslipidemia in younger adults: a systematic review for the U.S. preventive services task force. **Ann Intern Med.**, v. 165, n. 8, p. 560-564, 2016. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/16585/dyslipidemia-evidencervw-final/pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

COCKCROFT, D.W.; GAULT, M.H. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. **Nephron**, Los Angeles, v. 16, n. 1, p. 31-41, 1976.

COELHO, E. B. S. et al. **Política nacional de atenção integral a saúde do homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - UNA-SUS, 2018. 66p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONITEC. **Protocolo e diretrizes**. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.779, de 05 de dezembro de 2005.** Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM nº. 1601/2000. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2005. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.995/2012, de 31 de agosto de 2012.** Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CRUZ, M.R.; CAMAZZATO, A.; CHAVES, M.L.F. Síndromes demenciais e comprometimento leve. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências.** 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2013.

D'AGOSTINO, R.B. *et al.* General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. **Circulation.** v. 117, n. 6, p.743-53, 2008. Disponível em <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579?download=true>. Acesso 22 out. 2019.

DELANEY, K. P. *et al.* Evaluation of the performance characteristics of 6 rapid HIV antibody tests. **AIDS**, August 1st, Volume 20 - Issue 12 - p 1655-1660, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6918770_Performance_of_an_oral_fluid_rapid_HIV-12_test_Experience_from_four_CDC_studies.

DEMARZO, M. P.; OLIVEIRA, C. A.; GONÇALVES, D. A. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro.** São Paulo: UNA-SUS; UNIFESP, [201?]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

DEYO, R. A.; WEINSTEIN, J. N. Low back pain. **N Engl J Med.**, v. 344, p. 363-370, 2001. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200102013440508?article-Tools=true>. Acesso em: 19 jun. 2020.

DIAS, R. B. Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento: a entrevista motivacional. In: PEREIRA, A. A. (Org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. (Nescon de Informes Técnicos, n. 3). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2146.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4a. edição. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1952p.

DUNCAN, B.B.; LIMA, K.M.; POLANCZYCK, C.A. Prevenção Clínica das Doenças Cardiovasculares. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 4a. edição. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1952p.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - ECDC. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA: an integrated approach. Stockholm: ECDC, 2018. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV-hepatitis-B-and-C-testing-public-health-guidance.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

EHRILCH, G. E. Low back pain. **Bull World Health Organ**, v. 81, p. 671-676, 2003. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/81/9/Ehrlich.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. CRT – DST/AIDS. CCD. **Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS**: manual de assistência. São Paulo, SP: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/juventudes/fundacao-casa/diretrizes_para_implementacao_da_rede_de_cuidados_em_ist_hiv_aids_-_vol_iii_-_manual_de_assistencia.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

FALAVIGNA, A. *et al.* Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. **Coluna/Columna**, v. 10, n. 1, p. 62-7, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/coluna/v10n1/a12v10n1.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

FALUDI, A. A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, p. 1-76, 2017. Suplemento 1. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 92p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processo-trabalho-em-saude-modelo-atencao_Versao_Final.pdf. Acesso em 18 fev. 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA *et al.* Infecção urinária não complicada na mulher. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 57, n.3, p. 258-261, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n3/v57n3a04.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

FLECK, M. P. *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. S7-S17, maio 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf>. Acesso 27 nov. 2015.

FRENCH, S. D. *et al.* Superficial heat or cold for low back pain (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, n. 9, 2015. Art. no. CD004750. Disponível em: <http://www.oegp-mr.at/wp-content/uploads/heat.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

FREIRE, M. Lombalgia e lombociatalgia. In: NATOUR, J. (Org.). **Coluna vertebral, conhecimentos básicos**. 2. ed. São Paulo, SP: ETCetera, 2004.

FREITAS, F. L.; FREITAS, T.G. **Eventos agudos na Atenção Básica - Cefaleia**. 2013. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina / UNA-SUS. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/806/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>. Acesso em 29 jan. 2015.

FURLAN, A.D. *et al.* Acupuncture and dry-needling for low back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1. Art. No.: CD001351, 2005. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001351.pub2/epdf/full>. Acesso em: 19 jun. 2020.

GIACOMOZZI, A. R. *et al.* Consenso Latino-Americano para as diretrizes de tratamento da migrânea crônica. **Headache Medicine**, v. 3, n. 4, p. 150-61, 2012. Disponível em: <https://headachemedicine.com.br/materias/332.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

GIACOMOZZI, A. R. *et al.* Consenso Latino-Americano para as diretrizes de tratamento da migrânea crônica. **Headache Medicine**, v. 3, n. 4, p. 150-61, 2012. Disponível em: <https://headachemedicine.com.br/materias/332.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

GIRÃO, N.B.; GUSSO, G.D.F. O cuidado à pessoa com HIV/AIDS pelo médico de família e comunidade. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Programa de Atualização de Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre: Artmed/Pan-americana, ciclo 1, módulo 3, p.139–189, 2006.

GUSSO, G. Lombalgia. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HADDAD, J.M. **Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2015. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_de_Uroginecologia_e_Cirurgia_Vaginal.pdf. Acesso 19 jun. 2020.

HADDAD, J. M.; FERNANDES, D. A. O. Infecção do trato urinário. **Femina**, v. 47, n. 4, p. 241-244, 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046514/femina-2019-474-241-244.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

HASKELL, W. L. *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v. 116, n. 9, p. 1081-1093, 2007. Disponível em: https://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1117&context=sph_physical_activity_public_health_facpub. Acesso em: 28 fev. 2018.

HIEN, H.; GONZALEZ, A. Migraine Headache Prophylaxis. **Am Fam Physician**, v. 99, n. 1, p.17-24, Jan. 2019. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2019/0101/p17.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

HOOGENDOORN, W. E. *et al.* Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. **Spine**, v. 25, n. 6, p. 2114-25, 2000. Disponível em: DOI: 10.1097/00007632-200008150-00017. Acesso em: 19 jun. 2020.

JARVIK, J. G.; DEYO, R. A. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. **Ann Intern Med.**, v. 137, p. 586-597, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-7-200210010-00010>. Acesso em: 19 jun. 2020.

KINKADE, S. Evaluation and treatment of acute low back pain. **Am Fam Physician**, v. 75, p. 1181-8, 2007. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2007/0415/p1181.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

KLAFKE, A. Infecção do trato urinário em adultos. In GUSSO, G.; LOPES, J. M.C.; DIAS, L.C. (Organizadores). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2a. Edição. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda., 2019.

KLÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida**: memórias do viver e do morrer. Tradução de Maria Luiza Newlands Silveira Rio de Janeiro: Sextante, 1998. 313 p.

KOES, B. W.; THOMAS, T. S. Diagnosis and treatment of low back pain. **BMJ.**, v. 332, p. 1430-4, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479671/pdf/bmj33201430.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

KOWACS, F. *et al.* Consensus of the Brazilian Headache Society on the treatment of chronic migraine. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v. 77, n. 7, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v77n7/0004-282X-anp-77-7-0509.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 301-302. 2005. Acesso em: 19 jun. 2020.

LOTUFO, P. A. **A mortalidade precoce por doenças crônicas nas capitais de regiões metropolitanas do Brasil**. 1996. 151f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996. Disponível em: http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1125&context=paulo_lotufo. Acesso em: 19 jun. 2020.

MACHADO, J.; BARROS, J.; PALMEIRA, M. Enxaqueca: fisiopatogenia, clínica e tratamento. *Rev Port Clin Geral*, v. 22, n. 4, p. 461-470, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v22i4.10268>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7a. Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. v. 107, n. 3, 2016. Suplemento 3. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 22, e190030, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190030.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MARINHO, F. et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, v. 392, n. 10149, p. 760-775, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736\(2018\)2931221-2](https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736(2018)2931221-2). Acesso em: 19 jun. 2020.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Rede de atenção: urgências**. Belo horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 130p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Rede-atencao-urgencias_Versao_Final.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, J. N. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 26, 2004. Suplemento 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a03v26s1.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MENEGHELO, R. S. et al. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre teste ergométrico. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n. 5, p. 1-26, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5s1/a01v95n5s1.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual do prontuário de saúde da família. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 254p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2876.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MONTEIRO, J. *et al.* Questionário de incapacidade de Roland Morris: adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia. **Acta Med Port.**, v. 23, n. 5, p. 761-766, 2010. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/728/406>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MONTEIRO, J. M. P. *et al.* Recomendações terapêuticas para cefaleias. **Sinapse**, Porto, v. 9, n. 2, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <https://ehf-org.org/wp-content/uploads/2013/12/Portugal.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MOORE, K.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. **Moore**: anatomia orientada para a clínica. Tradução Claudia Lucia Caetano de Araújo. 7. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, NICE. **Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management**. NICE guideline published: 30 Nov. 2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/resources/low-back-pain-and-sciatica-in-over-16s-assessment-and-management-pdf-1837521693637>. Acesso em: 19 jun. 2020.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **The Seventh Report of the Joint National Committee: prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure**. [S.l.]: NHI Publications, 2004, 86p. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

NETO, P. P.; FREITAS, F. L. Tristeza, sensação de depressão e perturbações depressivas. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n9/2012-2020/pt>. Acesso em: 19 jun. 2020.

NUSBAUM, L. *et al.* Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire: Brazil Roland-Morris. **Braz J Med Biol Res.**, v. 34, n. 2, p. 203-210, 2001. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/bjmb/v34n2/3922m.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

OLIVEIRA, C. B. *et al.* Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. **Eur Spine J.**, v. 27, p. 2791-2803, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00586-018-5673-2.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689p. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde bucal**: aspectos básicos e atenção ao adulto. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 72p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3912.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

PATE, R. R. *et al.* Physical activity and public health a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and The American College of Sports Medicine. **JAMA**, v. 273, n. 5, p. 402-7, 1995.

PEREIRA, A.A. *et al.* **Rede de Atenção**: saúde mental. Edição revisada. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2020. 58 p.: il. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/rede-de-atencao-saude-mental%20_18_05_2020.pdf. Acesso 20 jun. 2020.

PHILIPPI, S. T. *et al.* Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 12, n. 1, p. 65-80, jan./abr., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a06.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS / UERJ, ABRASCO, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

PINTO, M. E. B.; TAVARES, A. M. V.; DEMARZO, M. M. P. Promoção da atividade física. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1952p.

POMPEO, A. C. *et al.* **Projeto Diretrizes**: infecção urinária no idoso. Rio de Janeiro: SBU, 2004. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/infeccao-do-trato-urinario-no-idoso.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

PRECOMA, D.B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v113n4/pt_0066-782X-abc-113-04-0787.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

RAJ, K. S.; WILLIAMS, N.; DeBATISTA, C. Psychiatric Disorders. In: PAPADAKIS, M. A.; McPHEE, S. (Ed.). **Current Medical Diagnosis & Treatment**. New York: McGraw Hill, 2020. 4683p.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo: 2008. **J Bras Pneumol.**, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2008_34_10_14_portugues.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

RORIZ-FILHO, J. S. *et al.* Infecção do trato urinário. **Medicina**, v. 43, n. 2, p. 118-25, 2010.

SAMPAIO-BARROS, P. D. *et al.* Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica diagnóstico e tratamento: primeira revisão. **Rev Bras Reumatol**, v. 47, n. 4, p. 233-242, jul. / ago., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbr/v47n4/a01v47n4.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SARAGIOTTO, B. T. *et al.* Paracetamol for low back pain. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. CD012230, 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012230/epdf/full>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SCHMIDT M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SILVA, A. E. *et al.* **Cuidado paliativo em atenção domiciliar**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 159p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/cuidado-paliativo-versao-final.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SILVA, N. Ser adulto: alguns elementos para a discussão deste conceito e para a formação de professores de adultos. **Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu**, n. 29, junho, 2004. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/35.pdf>

SILVEIRA, A.M. **Saúde do trabalhador**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009, 96 p.

SIMÓN, A. Enxaqueca: tratamento e prevenção. **Boletim Centro de Informação do Medicamento**, 2019. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos de Portugal, 2019. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/boletimcim_jul_set2019_fi-nal_15400713315dc00b853bcdd.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Calculadora para estratificação de risco cardiovascular**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/index.html>. Acesso em: 31 mar. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, v. 88, abr, 2007b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**., São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALeia. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALeia. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea: consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. **Arq Neuropsiquiatr**., São Paulo, v. 60, n. 1, p. 159-169, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100030. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALeia. **Tipos de dor de cabeça**: migrânea ou enxaqueca. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2014. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/noticias.php?id=192>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA et al. **Doença renal crônica**: pré-terapia renal substitutiva: diagnóstico. Brasília: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2011. Projeto Diretrizes. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_diagnostico.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Nota oficial 2018**: rastreamento do câncer de próstata. Rio de Janeiro: SBU, 2018. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/medicos/destaque-sbu/nota-oficial-2018-rastreamento-do-cancer-de-prostata/>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALeia. **Classificação Internacional de Cefaleia, 2018**. 3. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2019. Disponível em: <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD-3-Brazilian-Portuguese-translation-25062019.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOILBELMAN, M. *et al.* Dor lombar. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1952p.

SOUSA, F. C. O que é “ser adulto”: as práticas e representações sociais sobre o que é “ser adulto” na sociedade portuguesa. **Revista Moçambros**, São Paulo, v. 1, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reaa/article/view/11459>. Acesso em: 19 jun. 2020. Publicado em: março 2007.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STEIN, A. T.; ZELMANOWICZ, A. M.; FALAVIGNA, M. Rastreamento de adultos para tratamento preventivo. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1952p.

STEINER, T. J. *et al.* Aids to management of headache disorders in primary care. 2. ed. **Headache Pain**. v. 20, n. 57, p. 1-52, 2019. Disponível em: <https://thejournalofheadacheand-pain.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s10194-018-0899-2>. Acesso em: 19 jun. 2020.

STRIKAS, R. A.; ORENSTEIN, W. A. Imunização. In GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. **Tratado de medicina interna**, 26. ed. [S.l.]: Elsevier, 2019.

TANAKA, H.; MONAHAN, K. D.; SEALS, D. R. Age-predicted maximal heart rate revisited. **J Am Coll Cardiol.**, v. 37, n. 1, p. 153-156, 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109700010548/pdf?isDTMRedir=true&download=true>. Acesso em: 19 jun. 2020.

TRAEGER, A. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. **CMAJ.**, v. 189, n. 45, p. E1386-E1395, 2017. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/189/45/E1386.full.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

TWAIN, M. The tragedy of Pudd'nhead Wilson. **Century Magazine**, 1894. Disponível em: <http://www.gutenberg.org/files/102/102-h/102-h.htm>. Acesso em: 19 jun. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento para neurocirurgia adulto**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_neurocirurgia_TSRS_20160324.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

U.K. DEPARTMENT OF HEALTH & SOCIAL CARE. **UK 2019 UK Chief Medical Officers' physical activity guidelines**. 2019. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/832868/uk-chief-medical-officers-physical-activity-guidelines.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity guidelines for americans**. 2. ed. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018. Disponível em: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE - USPSTF. **Clinical guidelines and recommendations**. 2018. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/index.html>. Acesso em: 19 jun. 2020.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. **Ann Intern Med.**, v. 147, n. 11, p. 783-6, 2007. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/Get-File/1/501/hbprs/pdf>. Acesso 23 abr. 2010.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE - USPSTF. **The Guide to Clinical Preventive Services 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force**. [Recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/cpsguide.pdf>.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE – USPSTF. Recommendation statement: screening for prostate cancer. **JAMA.**, v. 319, n. 18, p. 1901-1913, 2018. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/home/getfilebytoken/zYdjLaTCTBVUwgJTnzpVXr>. Acesso em: 19 jun. 2020.

VIEIRA, S. C. **Câncer de mama**: consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Piauí – 2017. Teresina: EDUFPI, 2017. 328p. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/medicos/wp-content/uploads/2018/03/C%C3%A2ncer-de-Mama-Consenso-da-SBM-Regional-Piauí-2017.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

WANNMACHER, L. Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas. **Uso Racional de Medicamentos**, v. 4, n. 1, 2006. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=507-evidencias-sobre-uso-antibacterianos-nas-infeccoes-respiratorias-altas-v-4-n-1-2006-7&category_slug=uso-razional-medicamentos-685&Itemid=965. Acesso em: 19 jun. 2020.

WANNMACHER, L. Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas. **Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde / Brasil**: 2006. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=507-evidencias-sobre-uso-antibacterianos-nas-infeccoes-respiratorias-altas-v-4-n-1-2006-7&category_slug=uso-razional-medicamentos-685&Itemid=965. Acesso em: 19 jun. 2020.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 84p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

WIKIPEDIA. **Low back pain**. 2007. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Lumbar_region_in_human_skeleton.svg#/media/File:Lumbar_region_in_human_skeleton.svg. Acesso em: 19 jun. 2020.

WIKIPEDIA. **Straight leg raise**. 2011. Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/Sciatica#/media/File:Straight-leg-test.gif>. Acesso em: 19 jun. 2020.

WOOLF, S.H. Princípios da atenção preventiva à saúde. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 73-76.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief, with a guide to opioid availability**. World Health Organization, 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37896/1/9241544821.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief: with a guide to opioid availability**. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37896/1/9241544821.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

Anexo

Miniexame do estado mental

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Atenção Primária em Saúde. Calculadoras. **Mini exame do estado mental [on-line]**. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/index.php?page=11>. Acesso em 28 jul. 2020.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreamento não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), não serve como teste diagnóstico, mas sim pra indicar funções que precisam ser investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira (Quadro 65).

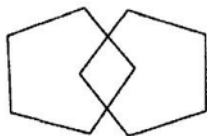
Uso: Teste de rastreamento e avaliação rápida da função cognitiva.

Quadro 65 – Teste: miniexame do estado mental (continua)

Domínio	Instrução	Alternativa	Pts.
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Memória de fixação (0 - 3 pontos)	Repita as palavras	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	
		Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b. Se a pessoa não faz cálculo (0 - 5 pontos)	Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1

Continua...

Quadro 65 – Teste: mini exame do estado mental (continuação)

Domínio	Instrução	Alternativa	Pts.
5. Memorização (0 – 3 pontos)	Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
6. Linguagem (0-2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los.	Relógio	1
		Caneta	1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita	1
		Dobre-o ao meio	1
		Ponha-o no chão	1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “FECHE OS OLHOS”. Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.		1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.		1
Resultado	Cada casela vale 1 ponto.	Soma	
Avaliação dos resultados		Normal: acima de 27 pontos	
		Demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de quatro anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24.	
Escores médios para depressão		Depressão não-complicada: 25 pontos	
		Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos	

Fonte: Elaborado a partir de BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Atenção Primária em Saúde. Calculadoras. Mini exame do estado mental [on-line].

Apêndice

Glossário

Quadro 66 – Glossário: termos Importantes na Atenção Primária à Saúde do Adulto (continua)

Alcoolismo	A pessoa que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva pode desenvolver, ao longo do tempo, dependência do álcool. Os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, podendo envolver os de origem biológica, psicológica e sociocultural.
Abstinência	É um quadro que aparece pela redução ou parada brusca da ingestão de bebidas alcoólicas ou outras drogas (cocaína, heroína, LSD e <i>crack</i>) após um período de consumo contínuo, gerando sintomas desagradáveis. Trata-se de uma síndrome desconfortável que ocorre quando os níveis teciduais e sanguíneos da substância abusada diminuem numa pessoa que usou a droga de maneira intensa por um período prolongado. Os sintomas de abstinência podem fazer a pessoa voltar a tomar a droga para aliviar os sintomas, o que contribui, portanto, para o uso repetido.
Alucinógenos	São substâncias psicoativas que estimulam o SBC alterando a percepção da realidade da pessoa, resultando em alucinações. Alucinações são falsas percepções da realidade. Ocorre a percepção sensorial na ausência de estímulo externo.
Anticorpos	Defesas produzidas pelo sistema imunológico contra infecções.
Aptidão física	Refere-se à capacidade de uma pessoa para realizar atividade física.
Aptidão física relacionada à saúde	Relaciona-se aos componentes da aptidão que influenciam o risco de doença e/ou produzem limitações funcionais, tais como capacidade aeróbica, força, resistência muscular, composição corporal e flexibilidade.
Atividade física	Movimento do corpo produzido por músculos esqueléticos, com consequente gasto de energia.
Autoestima	Conjunto de ideias e sentimentos que possuímos a respeito do que imaginamos ser; refere-se ao que admiramos e valorizamos em nós. Permite a identidade própria e faz da pessoa sujeito de suas ações.
Bloqueio subjetivo	Resposta a vivências emocionais dolorosas, das quais a pessoa se defende “esquecendo”, evitando lembrar ou revelar a outros.
Centrado no cliente	O cliente é o centro do atendimento; o diálogo deve primar pela atenção às necessidades do cliente, consideradas a partir da sua história pessoal, sem colocar juízos de valor.
Compulsão	Compulsão (urgência irresistível de realizar um ato motor aparentemente sem motivo, repetitivo, estereotipado, reconhecido como sem significado; rituais, limpeza e ordem exagerados, evitações).
Demanda	Refere-se às necessidades, às dúvidas, às preocupações, às angústias, aos medos, etc., manifestos ou latentes, vivenciados durante o atendimento.
Dependência química	É o uso compulsivo e repetido de uma droga psicoativa, acarretando tolerância aos seus efeitos e sintomas de abstinência ao ser reduzido ou suspenso seu uso.

Continua...

Quadro 66 – Glossário: termos importantes na Atenção Primária à Saúde do Adulto (continua)

Dependência física	É um estado de adaptação do corpo manifestado por transtornos físicos quando o uso da droga é interrompido.
Dependência psíquica	Constitui uma compulsão ao uso da droga, buscando o indivíduo obtenção de prazer ou diminuição do desconforto.
Droga psicoativa	É uma substância química que, quando ingerida, modifica uma ou várias funções do sistema nervoso central (SNC), produzindo efeitos psíquicos e comportamentais.
Escuta ativa	Ligação que só poderá acontecer se houver disponibilidade de aceitação do outro em sua postura, em que a pessoa estimula e acolhe o discurso do outro, interagindo pessoal e socialmente.
Euforizantes	São drogas capazes de acelerar o funcionamento do cérebro, trazendo exagerado estado de alerta, insônia e hiperexcitabilidade.
Exercício físico	Refere-se a um subconjunto da atividade física, envolvendo um programa estruturado e planejado com o objetivo de melhorar um ou mais componentes da aptidão física.
Falso-negativo	Um teste com resultado negativo de uma pessoa que está realmente infectada.
Falso-positivo	Um teste com resultado positivo de uma pessoa que não está realmente infectada.
Fobias	É um medo persistente de um objeto, animal, situação ou atividade. Esse medo é tão intenso que a pessoa pode evitar qualquer situação em que possa estar exposta à sua causa.
Imunização ativa	É a aquisição de proteção imunológica contra uma doença infecciosa, pela indução ao aumentar a <u>resistência</u> de uma <u>pessoa</u> . É administrada por meio de <u>vacina</u> , usada para induzir a imunidade ativa: sua administração resulta numa resposta biológica ativa de produção de anticorpos específicos, protetores contra futuras infecções pelo mesmo <u>microrganismo</u> . A imunidade ativa dura muitos anos.
Imunização passiva	É a aquisição de proteção imunológica contra doença infecciosa particular, com aumento da resistência pela administração de imunoglobulina ou por soro de anticorpos, recebidos de forma passiva, sem produção ativa de anticorpos. Os anticorpos colhidos dos humanos são chamados de imunoglobulina e os dos animais, soros. A imunidade passiva dura apenas algumas semanas.
Imunoprevenção	É a utilização da imunização ativa ou passiva na prevenção de doenças infecciosas.
Integralidade	Na Atenção Primária à Saúde a integralidade tem o sentido de cuidado abrangente, de reconhecer a variedade das necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para abordar essas necessidades.
Janela imunológica	Tempo que o sistema imunológico leva para produzir anticorpos suficientes que possam ser detectados pelo teste anti-HIV.
Período de latência	Os efeitos terapêuticos dos psicofármacos não se consolidam nos primeiros dias de uso; ao contrário, alguns desses medicamentos apresentam um período de várias semanas para que seus efeitos sejam percebidos.
Pós-teste	É a sessão de aconselhamento de entrega do resultado, de reforço da percepção de risco e da adoção de práticas preventivas e de apoio emocional.
Pré-teste	É a sessão de aconselhamento que antecede o teste e ajuda o cliente a decidir se irá realizá-lo ou não.
Psicotrópicos	São aquelas substâncias que agem no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração.

Continua...

Quadro 66 – Glossário: termos importantes na Atenção Primária à Saúde do Adulto (continua)

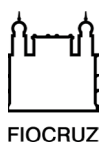
Reabilitação psicossocial	Deve ser entendida como uma exigência ética, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: <i>habitat</i> , rede social e trabalho com valor social.
Rebote	É a tendência de um medicamento a provocar o retorno (reaparecimento) dos sintomas que estão sendo tratados. Em casos extremos de efeito rebote, os sintomas poderão ser mais graves do que no início da doença. Isso é muito comum na enxaqueca.
Recaída	É o retorno a uma situação anterior indesejável, quando suas manifestações já não se faziam presentes ou estavam controladas. Aplica-se a doenças, uso de drogas e álcool, saúde mental, etc.
Recursos internos	Bagagem vivencial e emocional de cada pessoa para resolver mitos, crenças e sentimentos.
Relações intersubjetivas	Relações entre sujeitos singulares a partir das quais realizam trocas de suas vivências subjetivas.
Sedentarismo	É definido como a maneira de viver ou modo de vida que requer uma atividade física mínima e que incentiva a inatividade por meio de decisões específicas e barreiras estruturais e/ou financeiras
Síndrome de abstinência	Aparecimento de sintomas desagradáveis após a pessoa ter ficado algumas horas sem uso de álcool ou outras drogas.
Somatizações	Queixas físicas frequentes, geralmente mutáveis no tempo, sem substrato fisiopatológico aparente.
Soroconversão	É o período em que anticorpos séricos, produzidos em resposta a uma infecção, tornam-se detectáveis por teste laboratorial. Pode ser imediata ou tardia.
Testagem sorológica	É a verificação, por meio de uma metodologia de testes laboratoriais, da presença ou não dos anticorpos no sangue (por exemplo, anti-HIV).
TOC (transtorno obsessivo-compulsivo)	É um transtorno de ansiedade caracterizado por pensamentos obsessivos, que são pensamentos desagradáveis que surgem na mente, espontaneamente, contra a vontade do paciente, geralmente envolvendo alguma ameaça (por exemplo, pensamentos relacionados ao adoecimento ou morte do paciente ou de algum familiar) e por atos compulsivos, que são realizados pelo paciente como uma maneira de aliviar a ansiedade causada pelos pensamentos obsessivos.
Tolerância	É a necessidade de beber cada vez maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos.
Transgressões	Quebra de normas e valores de determinada cultura.
UFC/mL	Na urocultura: unidades formadoras de colônias (por mL de urina).
Uso abusivo	Ocorre quando há o uso de uma substância psicoativa, que é lesivo ou excessivo, ocasional ou persistente, em desacordo com os padrões culturais e com a prática médica vigente.

Continua...

Quadro 66 – Glossário: termos importantes na Atenção Primária à Saúde do Adulto (continua)

Uso abusivo	Ocorre quando há o uso de uma substância psicoativa, que é lesivo ou excessivo, ocasional ou persistente, em desacordo com os padrões culturais e com a prática médica vigente.
Uso nocivo de álcool e drogas	A definição de uso nocivo (CID-10) baseia-se nos seguintes critérios: 1. evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento; 2. a natureza do dano é claramente identificável; 3. o padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente, dentro de um período de 12 meses; 4. não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda). Pode ser entendido como um padrão de uso em que aumenta o risco de consequências prejudiciais ao paciente. Na DSM-IV utiliza-se o termo “abuso”, definido de forma mais precisa e considerando também consequências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsão e fenômenos como tolerância e abstinência.
UMA: unidades maço-ano	UMA = anos de fumador x número de cigarros dia/20
Vício	Hábito repetitivo que degenera ou causa algum prejuízo ao viciado e aos que com ele convivem.
Vínculo	É a ligação afetiva que pode ser gerada no encontro de duas ou mais pessoas.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.



SGTES



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL