



# Saúde do adulto

Autores Carlos Haroldo Piancastelli  
Giulliana Cantoni Di Spirito

Colaboradora  
Tácia Maria Pereira Flisch



# Saúde do adulto

Autores: Carlos Haroldo Piancastelli  
Giulliana Cantoni Di Spirito

Colaboradora  
Tácia Maria Pereira Flisch

2<sup>a</sup> Edição

Belo Horizonte  
Nescon UFMG  
2013

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 - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

**Universidade Federal de Minas Gerais**

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

**Pró-Reitoria de Pós-Graduação**

Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gomez

**Faculdade de Educação**

Diretora: Samira Zaidan

**Pró-Reitoria de Extensão**

Pró-Reitora: Efigênia Ferreira e Ferreira

**Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional**

Diretor: Emerson Silami Garcia

**Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)**

Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

**Faculdade de Medicina**

Diretor: Francisco José Penna

**Escola de Enfermagem**

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

**Faculdade de Odontologia**

Diretor: Evandro Neves Abdo

**Projeto Gráfico**

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

**Diagramação**

Ariana da Cunha Ferreira Paz

C462f Piancastelli, Carlos Haroldo.  
Saúde do Adulto / Carlos Haroldo Piancastelli, Giulliana Cantoni Di Spirito e Tácia Maria Pereira Flisch. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.  
166p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à Estratégia de Saúde da Família.  
ISBN: 978-85-60914-23-4

1. Saúde do adulto. 2. Saúde da família. 3. Atenção primária à saúde.  
I. Spirito, Giulliana Cantoni Di. II. Flisch, Tácia Maria Pereira. III. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). IV. Título.

NLM: WA 300  
CDU: 614

# Sumário

<b>Apresentação dos autores.....</b>	<b>7</b>
<b>Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família.....</b>	<b>8</b>
<b>Apresentação Unidade Didática II: Disciplinas optativas.....</b>	<b>9</b>
<b>Introdução ao módulo.....</b>	<b>11</b>
<b>Seção 1   Quero fazer um <i>check-up</i>.....</b>	<b>19</b>
Parte 1   O caso de Alex.....	21
<b>Seção 2   “Marina vai à luta”.....</b>	<b>41</b>
Parte 1   O caso de Marina.....	43
<b>Seção 3   “Tenho medo de estar com uma doença grave”.....</b>	<b>59</b>
<b>Seção 4   “Já vem Dona Edilene de novo”.....</b>	<b>77</b>
<b>Seção 5   “Todo cuidado é pouco”.....</b>	<b>93</b>
<b>Seção 6   “Não quero ficar dependente de remédios”.....</b>	<b>105</b>

<b>Seção 7   Desenvolvendo conceitos e habilidades.....</b>	<b>113</b>
Parte 1   Avaliação periódica de saúde.....	115
Parte 2   Programa de atividade física.....	117
Parte 3   Programa de alimentação saudável.....	120
Parte 4   Programa de prevenção e controle do tabagismo.....	124
Parte 5   Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas.....	126
Parte 6   Quadro clínico de infecção do trato urinário.....	129
Parte 7   Hipertensão Arterial Sistêmica.....	133
Parte 8   Identificando fatores de risco cardiovascular.....	145
Parte 9   Falando sobre o <i>Diabetes mellitus</i> .....	152
 <b>Conclusão.....</b>	 <b>165</b>
 <b>Referências.....</b>	 <b>167</b>
 <b>Apêndice.....</b>	 <b>179</b>

# Apresentação dos autores

## **Carlos Haroldo Piancastelli**

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Clínica Médica pelo Hospital das Clínicas/UFMG. Aperfeiçoamento na Texas University Medical Branch at Galveston, EUA, em Educação Médica e Medicina de Família. Fellow pelo Programa Regional de Educadores Médicos do Brasil, Universidade Federal do Ceará / Foundation for Advancement of International Medical Education and Research, vinculado à Drexel University, Filadélfia, EUA. Ex-professor assistente da Faculdade de Medicina da UFMG, Departamento de Clínica Médica. Ex-consultor do Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica, nas Coordenações de Qualificação e de Acompanhamento dos Programas de Pós-graduação em Saúde da Família. Consultor/assessor na área de formação/educação de profissionais de saúde. Diretor Acadêmico da Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos – Dr. Paulo Prata (SP).

## **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.

## **Tácia Maria Pereira Flisch**

Colaboradora: Seção 1. Quero fazer um check-up

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1998). Especialista em Saúde da Família pela UFMG e Especialista em Gestão e Planejamento Estratégico em Saúde pela PUC-MINAS. Mestranda em Educação em Saúde pela Escola de Enfermagem da UFMG. Referência Técnica da Atenção Básica - Contagem-MG.

# Apresentação do Programa Ágora

## Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos

momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

### **Para informações detalhadas consulte:**

CEABSF e Programa Ágora:

[www.nescon.medicina.ufmg.br/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora)

Biblioteca Virtual:

[www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca)



# Apresentação da Unidade Didática II

## Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

**Para informações detalhadas consulte:**

CEABSF e Programa Ágora: [www.nescon.medicina.ufmg.br/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora)

Biblioteca Virtual: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca)

# Introdução ao Módulo

O presente módulo pretende discutir a Atenção à Saúde do Adulto na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, o que implica pensar no adulto além de sua idade cronológica, nos seus diversos contextos 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, antropollescência (BOUTINET, 2004 *apud* SOUZA, COSTA; SILVA, 2003 *apud* SOUZA, 2007).

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).

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 Souza (2007), existe mais de uma categoria de adulto e ele cita três: na primeira estão aqueles que se comportam como pessoa equilibrada e estável; em outra, 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 módulo, considera-se adulta a pessoa na faixa etária dos 18 aos 60 anos, tomando-se como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que considera o fim da adolescência aos 18 anos, e o Estatuto do Idoso (2003), que define a pessoa idosa aquela que tem 60 anos ou mais (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003). não estão no cap Ref

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 (BOUTINET, 2000, p. 11, *apud* SOUZA, 2007).

Não se esqueça de 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 (SOUZA, 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 progressivamente a substituição das doenças infecciosas e transmissíveis por doenças crônicas e degenerativas (IBGE, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003) 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), que está alinhada à Política Nacional de Atenção Básica, 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. Quanto à maior vulnerabilidade e às 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 agravo 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. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social.

Essa é a realidade de seu território ou sua equipe estabeleceu um horário especial de atendimento ao trabalhador?

Ainda que isso possa se constituir em uma 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 intermináveis, 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 ao sistema de saúde □, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2008).

O aumento da expectativa de vida faz questionar 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 com mais dignidade e à velhice saudável.

Mas, quem é o adulto que atendemos na Estratégia Saúde da Família?

Esse momento, no curso, é propício à profunda reflexão sobre quem é esse adulto que atendemos na Estratégia Saúde da Família. 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 entrou no mundo das drogas e da marginalidade, desprovida do afeto e do aconchego 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 (SOUZA, 2007).

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.

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 Sistema Único de Saúde. 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.

Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde investir no atendimento ao adulto, considerando as especificidades individuais. Espera-se que você reflita sobre os índices de morbidade e mortalidade de doenças passíveis de prevenção e tratáveis da sua área de abrangência, para as decisões de elaborar propostas de implantação, reestruturação e organização do serviço de saúde, 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.

Dado que o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família 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 estádios de desenvolvimento psicossocial dessa

fase, o ciclo de vida do adulto no contexto da família e sobre as implicações da enfermidade sobre o adulto e a família certamente possibilita ao profissional uma abordagem mais humana, acolhedora e compreensiva do cuidar em saúde.

Após o estudo deste módulo, complementado pelas tarefas solicitadas, 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 seções deste módulo 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.

Apresentada na forma de casos, cada uma das seções buscará tratar de temas e questões que, espera-se, contribua com o seu empenho na organização e até na reorganização do processo de trabalho, seja no contexto individual, seja no coletivo.

Você observará que neste módulo foram evitados propositadamente vocábulos como indivíduo, usuário, segurado, paciente, etc., frequentemente utilizados na gestão e na atenção no âmbito dos sistemas de saúde.

A não ser em citações, sempre que possível os adultos são tratados pela palavra “pessoa”, que pretende significar muito mais indivíduo, usuário ou paciente. 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 são orientadas a buscar ocasional ou permanentemente outros pontos ou níveis da Rede de Atenção.

Leia a seguir a nota de revisão técnica incluída em Stewart *et al.* (2010):

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 et al., 2010, p. 21).

Frequentemente você desejará obter mais informações e aprofundamento. Comece por consultar a Biblioteca virtual do curso. Advertimos que este módulo guarda relação especial e necessária com os módulos “Saúde da Mulher” e “Saúde do Idoso”.

**Na seção 1 - 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 seção 2 - Marina vai à luta -**, 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 o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

**Na seção 3 - Tenho medo de estar com uma doença grave -**, são abordadas pela equipe condições muito comuns na Atenção Básica: 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 Seção 4 – 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 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. Ainda neste caso, a hipertensão arterial é apresentada como uma das condições crônicas mais prevalentes na Atenção Primária e seu manejo é discutido como paradigma de abordagem dessas condições.

**Na seção 5 - 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.

Neste 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 seção 6 - 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 e quimioprevenção e a adesão à terapêutica medicamentosa e nutricional, que é considerada um nó crítico pelos profissionais de saúde.

Na **seção 7** são apresentados textos de aprofundamento conceitual e operacional. A partir de citações inseridas nas seções anteriores, orientou-se para a leitura das partes 1 a 9 dessa seção. Elas tratam de chec-kup e avaliação periódica de saúde, programa de atividade física, programa de alimentação saudável, programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas, programa de prevenção e controle do tabagismo, quadro clínico de infecção do trato urinário, hipertensão arterial sistêmica, avaliação do risco cardiovascular e a parte “falando sobre *diabetes mellitus*”.

Este módulo tem como sujeitos médicos e enfermeiros em suas demandas diárias, bem como outros profissionais da equipe, incluindo os do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Espera-se que ao final do módulo 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!

# Seção 1

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; GAMBA, 2006).

Esta seção, a partir de estudo de um caso clínico, objetiva uma concepção de avaliação periódica de saúde, procurando incorporá-la no cotidiano das equipes 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 seção, 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.

## Parte 1

# 0 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 o 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 e Mattos (2001), 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 parte 3 - “O trabalho da equipe de Saúde da Família e a mudança do modelo assistencial”, do módulo “Modelo Assistencial e Atenção Básica à saúde” (FARIA et al., 2010) - e será mais detalhado, no presente módulo, na seção 2 - “Marina vai à luta”.

### Continuando o caso...

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 Verde, 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 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 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:

Atualmente, o formato do prontuário da Saúde da Família tem sido discutido no sentido de conter as informações referentes à família e às pessoas que dela fazem parte, buscando 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:

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

Além disso, objetiva-se garantir que a comunicação se efetive entre os membros da equipe multiprofissional, a pessoa, 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: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/manuais/prontuarios-de-saude-da-familia/Manual%20do%20Prontuario%20de%20Saude%20da%20Familia.pdf>> (MINAS GERAIS, 2007).

### **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*.

#### **Veja e leia a parte 1 da seção 7: Avaliação periódica de saúde**

Durante a entrevista, Pedro Henrique indagou sobre os hábitos de vida de Alex. A alimentação consiste de 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 pela 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 ppm. Não foram registradas anormalidades da pele; o esqueleto apresenta-se harmônico.

#### PARA RECORDAR O CÁLCULO DO IMC

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Para adultos, normal abaixo de 25 kg/m<sup>2</sup>

### 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.

### 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.

### Por que fazer avaliação periódica de saúde?

Vários tipos de câncer, o diabetes tipo 2, 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, p. 73):

[...] no contexto clínico, os cuidados preventivos envolvem prevenção primária e secundária, mais do que terciária. Prevenção primária refere-se aos esforços sobre pessoas assintomáticas (indivíduos sem sinais ou sintomas da condição-alvo) para prevenir a ocorrência de doença. Exemplos incluem o controle do hábito de fumar ou a imunização. 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 Papanicolau 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 (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, 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; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

#### **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:

<<http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>> (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE [s.d.])  
ou  
<<http://canadiantaskforce.ca/>> (CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE [s.d.]).

A atenção à saúde dos usuários 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 a avaliação periódica de saúde (AvPS) no âmbito de suas práticas cotidianas, entendidas como oportunidade na dispensação do cuidado ao usuário. Neste 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 submetidos os usuários e, de forma importante, o balanço entre riscos e benefícios de tais práticas.

**Se você ainda não leu, leia agora a parte 1 da seção 7: Avaliação periódica de saúde.**

#### 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; PEREIRA, 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 tais 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, 2008).

#### **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.

Os principais programas de aconselhamento e intervenção comportamental, como os estabelecidos pela Equipe Verde (Quadro 1), aplicam-se, regra geral, 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	Usuários de álcool e/ou outras drogas Famíliares e outros próximos dos usuários
Tabagismo	Tabagistas
Risco de trauma	Todos
Higiene bucal	Todos
Proteção da pele	Todos
Atividade sexual	Todos

Fonte: elaborado pelos autores.

### 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 Unidade de Saúde da Família de Vila Formosa 1, 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 e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 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 do NASF. Mais esclarecimentos para a equipe podem ser obtidos com a leitura do módulo “Educação Física: atenção ao adulto”, disponível na Biblioteca virtual do curso (MYOTIN; BORGES, 2011).

**Veja e leia a parte 2 da seção 7: Programa de atividade física**

### **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 intervenção, também preferencialmente com a participação de profissional do NASF, deve ser implantada.

A Equipe Verde, 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 DCNTs 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 *et al.* (2005, p. 41):

[...] 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. 41).

### **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 DCNTs são a principal fonte da carga de doença e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. A morbimortalidade causada pelas DCNTs é maior na população mais pobre. Apesar de a mortalidade bruta causada pelas DCNTs 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 Básica 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 et al., 2011).

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 mellitus* (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, cerebro vasculares e cânceres gastrointestinais (BRASIL, 2006a).

Para fazer frente a esse grave problema de saúde pública – responsável por grande parte da demanda dos problemas crônicos assistidos, a Equipe Verde 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.

**Veja e leia a parte 3 da seção 7: Programa de alimentação saudável**

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

Após sucessivas reuniões em que se propôs a discutir, negociar e elaborar seus programas de prevenção e aconselhamento, a Equipe Verde 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 Verde 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 Verde assumem indagar todo usuário, 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 do NASF nessa abordagem é de grande valia, considerando-se a interdisciplinaridade no cuidar.

Veja e leia a parte 5 da seção 7: Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas

### **Outros programas de prevenção e aconselhamento**

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

**É bom lembrar que:**

Buscando ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (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.

**Para saber mais...**

Informe-se sobre este assunto em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>  
(BRASIL, 2006b).

**Ações de rastreamento (screening tests)**

Conforme salientado no início desta seção, 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 o usuário, mas também, e de forma importante, riscos. Neste 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 frente ao 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 mesmo. Ainda, e de forma importante, rastreamentos, regra geral, 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 financeiro.

### **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; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

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. No caso do município de Curupira, a Equipe Verde tem como referência para suas ações de rastreamentos o protocolo **Recomendações para ações de rastreamento em adultos** (Quadro 3).



O Programa de Educação Permanente da Equipe Verde 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 para ações de rastreamento em adultos

Recomendações	População-alvo, por idade
<b>Exame físico</b>	
Aferição da pressão arterial a cada 1 a 2 anos	18 anos ou mais
<b>Exames complementares</b>	
Colesterol total, a cada 3 a 5 anos.	Homens 55 anos ou mais e mulheres 45 anos ou mais; mais cedo se fatores de risco <sup>(1)</sup> .
Glicemia de jejum, a cada 3 a 5 anos.	45 anos ou mais; mais cedo se fatores de risco <sup>(2)</sup>
Mamografia (com ou sem exame clínico da mama), a cada 1 a 2 anos.	Mulheres de 40 a 70 anos ou mais cedo, se de alto risco <sup>(3)</sup> .
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (anualmente) e sigmoidoscopia ou enema baritado, a cada 3 a 5 anos, e colonoscopia, a cada 10 anos.	Homens e mulheres de 50 anos ou mais cedo, se de alto risco <sup>(4)</sup>
Exame anti-HIV.	População de 13 a 65 anos e pessoas de alto risco <sup>(5)</sup> .
Exame clínico da próstata: toque retal, antígeno prostático específico (PSA) total e livre.	Homens de 50 anos ou mais <sup>(6)</sup> .
Papanicolaou pelo menos a cada três anos.	Mulheres com colo uterino e vida sexual ativa ou após dois exames anuais normais maiores de 18 anos, até 65 anos <sup>(7)</sup> .

Fonte: adaptado de DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI (2004) e ATKINS (2009).e Atkins (2009).

<sup>(1)</sup> A Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF) recomenda dosar o CT total e a lipoproteína de alta densidade (HDL) regularmente, enquanto o Programa Nacional de Educação sobre o Colesterol recomenda dosagem a partir dos 20 anos. <sup>(2)</sup> O rastreamento rotineiro de diabetes é recomendado por vários grupos, baseado em estudos que buscaram detectar lesões, em estágios precoces; porém, não é indicado pela USPSTF. <sup>(3)</sup> Para mais detalhes, consultar o módulo “Saúde da Mulher” (COELHO; PORTO, 2009). <sup>(4)</sup> A escolha deve considerar os recursos locais e as preferências. <sup>(5)</sup> Para reduzir os estimados 25% dos indivíduos infectados que não se sabem serem portadores do vírus HIV, recomenda-se pelo menos uma testagem e, em caso de alto risco, testagens anuais. <sup>(6)</sup> O rastreamento pode aumentar a detecção precoce de câncer de próstata restrito a esse órgão, mas não existe prova de que o rastreamento seja capaz de reduzir a morbidade ou mortalidade pela doença, razão pela qual a USPSTF não faz recomendação contra ou a favor do rastreamento regular. Ao contrário, a American Cancer Society e outros grupos recomendam oferecer o PSA a todo homem que tenha expectativa de vida de no mínimo 10 anos, após discutir sobre benefícios e riscos potenciais. <sup>(7)</sup> Para mais detalhes, consultar o módulo “Saúde da Mulher” (COELHO; PORTO, 2009).

### Para saber mais...

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](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf)> (BRASIL, 2010a)

### Para pensar: realizar ou não exame de rastreamento?

O ponto de partida para a decisão sobre realizar ou não aconselhamento de saúde e solicitar ou não exame de rastreamento é uma análise rigorosa da evidência disponível sobre o potencial benefício dessas intervenções. Os parâmetros usados nesse julgamento distinguem-se daqueles para o tratamento de enfermidades já estabelecidas, porque intervenções de promoção de saúde e prevenção de doenças são realizadas em pessoas assintomáticas ou, ao menos, sem sintoma da doença a ser prevenida. Portanto, essas ações necessitam de embasamento científico consistente, que assegure mais benefício do que risco e não onere, desnecessariamente, o paciente ou o sistema de saúde (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

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

A imunização, como uma forma de prevenção primária, figura entre as intervenções clinicamente mais eficazes disponíveis na atenção à saúde, constituindo-se em uma das melhores formas de relação custo-efetividade para prevenir morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e para reduzir os custos com atenção à saúde (ORENSTEIN, 2009, p. 89).

Ciente da importância do programa de vacinação – uma ação preventiva dirigida a todas as etapas do ciclo de vida humana –, a Equipe Verde, após sucessivas reuniões de seu Programa de Educação Permanente, 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 o qual as mesmas podem perder sua eficácia, fazendo com que seus efeitos não sejam 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 os usuários da UBS necessitam ter seu estado imune conhecido em relação às vacinas aplicadas na UBS 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 consta o histórico de vacinação da pessoa, contendo as 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 Básica no país.

**6. Atraso no esquema** – interrupção no atendimento ao esquema vacinal de uma pessoa não implica ter que reiniciar toda a série. Frente aos esquemas incompletos, basta somente completá-los. A vacinação ou revacinação de uma pessoa já imune não apresenta outros riscos além dos inerentes à vacinação.

**7. Administração múltipla simultânea** – a maioria das vacinas pode ser aplicada simultaneamente, em locais diversos, sem que isto implique aumento de reações adversas ou diminuição de sua eficácia. Existem poucas exceções a essa regra e isso deve ser de conhecimento da equipe, atentando-se, inclusive, para aplicação de 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 comparados 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 Verde optou por elaborar um glossário da equipe, de forma a possibilitar a utilização correta dos termos e uma comunicação adequada, além de minimizar eventuais erros por parte dos profissionais.

**Veja Apêndice A. Glossário - Termos importantes na Atenção Primária à Saúde do Adulto.**

Um programa de vacinação para adultos depende da idade, do estilo de vida, da ocupação e de condições médicas. Neste sentido, dois esquemas de imunização estão disponíveis, um baseado no grupo etário e um baseado no risco subjacente (ORENSTEIN, 2009). Em atendimento às recomendações do Programa Nacional de Imunização (PNI), a Equipe Verde tem obedecido às recomendações governamentais, cuidando, periodicamente, de avaliar as atualizações.

**Veja o Calendário de Vacinações do Adulto e do Idoso (BRASIL, [s.d.a], disponível em:** <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21464](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464)>

Uma multiplicidade de situações pode acarretar demandas apresentadas à UBS, como dispensadora de cuidados primários, mas que deverá, de outra forma, implicar a continuidade dos cuidados em outros pontos da rede de atenção do sistema. Tais condições envolvendo imunoprevenção podem se referir a indicações de soros, de imunoglobulinas ou até mesmo de vacinas utilizadas em situações especiais.

**Importante conhecer:**

Programa Nacional de Imunizações (PNI) e Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Nessas situações, a UBS deverá estar preparada para fazer o encaminhamento adequado ou mesmo para consultar os órgãos públicos indicados.

No Brasil, há duas importantes referências sobre imunização e imunobiológicos. Caso você se interesse em aprofundar seus conhecimentos nessa área, busque informações sobre o PNI em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1448](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448)> (BRASIL, 2010b)

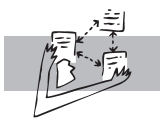
E sobre os CRIEs em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro\\_cries\\_3ed.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf)> (BRASIL, 2006c)

### **Quimioprevenção**

São situações que, se possível, devem contar com o auxílio de um profissional especialista, levando em conta os riscos e os benefícios de forma que as decisões busquem a melhor alternativa possível, após franca discussão entre o profissional de saúde e o paciente:

- 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.
- De 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.

Finalmente, há 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.



Atividade 1

Rastreamento

a) Agora que você tem conhecimento dos princípios que regem os protocolos da Equipe Verde para os programas de aconselhamento, rastreamento e imunização, escolha uma atividade de rastreamento realizada por sua equipe de saúde na atenção ao adulto e faça uma análise comparativa do recomendado no Caderno de Atenção Primária nº 29 – Rastreamento. Caso não tenha uma proposta sistematizada, elabore em conjunto com a equipe e apresente, adequando-a à sua realidade

Atividade de rastreamento escolhida		
Itens para análise	Condutas recomendadas no Caderno nº 29	Condutas realizadas pela equipe
Por que é importante realizar o rastreamento		
Quando é importante rastrear		
Como realizar o rastreamento		
Como interpretar o resultado		
Recomendação de acompanhamento com base nos resultados		
Análise crítica (ações que precisam ser implementadas/incluídas)		

(b) Para facilitar a compreensão do processo saúde-doença da comunidade, é necessário conhecer os processos sociais, seus efeitos e detectar esses determinantes na saúde das pessoas.

Faça uma análise da situação de saúde/doença de homens e mulheres adultos de sua área de abrangência.

Você tem ideia de...

- ...como os homens e mulheres vivem, adoecem e morrem na sua área de abrangência?
- ...quais os problemas de saúde mais comuns que os acometem e seus determinantes?
- ...como esses problemas são enfrentados pelas famílias?

- ...como as pessoas se organizam para conseguir resolver os problemas da comunidade?
- ...quais os recursos de que a comunidade dispõe para atender às pessoas doentes além da ESF?

Com base nesses dados levantados, faça uma análise reflexiva sobre as condições de saúde/doença dessas pessoas. Identifique as ações de saúde realizadas pela equipe para atender ao adulto no sentido de minimizar os problemas relacionados ao processo de adoecer e morrer dos homens e mulheres de seu território e quais as possíveis intervenções que a ESF poderia fazer. Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.





# Seção 2

“Marina vai à luta”

Esta seção 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 o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

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

- Argumentar sobre a importância da organização da assistência à saúde dos usuários adscritos à Unidade Básica de Saúde 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 usuários.
- Discutir sobre as condutas adotadas no caso clínico estudado.

## Parte 1

# 0 caso de Marina

Trata-se de Marina, que procura a Equipe Verde e é acolhida por Pedro Henrique, enfermeiro. Pedro Henrique presta-lhe acolhimento, buscando ouvi-la 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 por micção. Informa que com o desconforto na parte baixa do abdome e por apresentar-se nauseada não dormiu bem à noite e não conseguiu 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 (Tax) em 37,5° C.

### Em síntese...

O enfermeiro Pedro Henrique reconhece a necessidade de organizar a agenda da Equipe Verde. 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 Verde.

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

As formas de acesso do usuário na UBS podem se dar a partir da demanda espontânea ou de 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 busca por atenção em uma UBS, com queixa/problema agudo, a pessoa 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.

### **O enfermeiro 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, o enfermeiro agenda consulta com Renata, médica, que atende Marina cerca de uma hora após ter ela chegado à Unidade.

### **Classificação de risco: orientando a prestação do cuidado**

Veja como o enfermeiro foi eficiente no encaminhamento do caso. Para tanto, ele 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 Verde 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.

Nos casos em que se configura o atendimento imediato, o usuário 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.

Para que o atendimento prestado pelo profissional capacitado, médico ou enfermeiro seja eficaz, a equipe deverá dispor de recursos materiais, medicamentos, suporte para transferência segura, SAMU ou transporte sanitário e de um ponto de atenção secundária ou terciária, caso haja necessidade de encaminhamento.

Segundo o Guia de Acolhimento e Classificação de Risco do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2008), são objetivos da classificação de risco:

- Humanizar e personalizar o atendimento.
- Avaliar a pessoa logo na sua chegada, com o intuito de identificar a gravidade do caso.
- Estabelecer a prioridade de seu atendimento de acordo com 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.
- Prestar informações adequadas ao usuário/familiares (MINAS GERAIS, 2008).

Para ampliar o conhecimento sobre organização da demanda espontânea, consulte a Oficina 4 da Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2010).

### **Marina é atendida pela médica...**

A médica registra em seu prontuário: Marina L.P., 25 anos, natural de BH, MG; técnica em informática. Namora há quase três anos, tendo ficado noiva há um ano. Tem previsão de se casar no final do ano, com um rapaz de 32 anos, divorciado, técnico em eletrônica e que tem dois filhos, de sete e cinco anos. Reside na casa dos tios maternos.

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 que as mesmas 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 confia no companheiro com quem vai se casar, fazendo uso de tabela para evitar gravidez.

### **O exame clínico de Marina...**

A médica realiza o exame físico de Marina, percebendo-a febril, com temperatura axilar (Tax) 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 75 mmHg. 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:

1. 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.
2. Infecção urinária? Baixa? Alta?
3. Fator de predisposição para ITU?
4. 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.

### **Abordagem da família...**

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

### **Revisão periódica: quando, por que e para quê?**

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 de Marina.

### **Completando a atenção à Marina...**

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

### **Retorno às 15h...**

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, fluorquinolona, 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 10h, 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 agudos.

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

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das condições clínicas mais frequentes na prática da Atenção Primária. Tendo sido reconhecida com 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.

**Também para este item a leitura da parte 6 da seção 7 é importante.**

### **Acompanhamento de 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 apenas 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.

No caso de Marina, a Equipe Verde 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 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 Tax em 38,3oC. Comunica o caso à médica que, após examinar Marina, decidem por interná-la.

Na 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 sanitário que a conduz junto com a auxiliar de enfermagem ao hospital.



### **O cuidado dispensado por uma 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, um realizar de ações em que cada ato se torna consequente na 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 auxiliar de enfermagem à Marina.

Vale acrescentar que, em determinadas circunstâncias, as relações entre equipes da UBS e do hospital são de grande valia para o paciente, no seu acompanhamento durante o período de internação, o que possibilita à equipe do hospital melhor conhecimento da condição do internado e à equipe da UBS a compreensão da evolução do caso.

### **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.

### **Retorno...**

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 DST/AIDS.

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

1. Estado vacinal ignorado.
2. Sedentarismo em jovem, sem fatores de risco aparentes.
3. Alimentação inadequada, hipercalórica, rica em carboidratos e gorduras.
4. Vulnerabilidade para DST/HIV.
5. Risco de gravidez não planejada.
6. Ausência de acompanhamento ginecológico.

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

1. Esquema de vacinação, incluindo vacina contra rubéola (se não houver gravidez).
2. Anticoncepção.
3. Orientação alimentar.
4. Orientação sobre atividade física.
5. Orientação sobre atividade sexual e uso de preservativos.

### **Avaliação periódica de saúde (AvPS)...**

A abordagem em relação a esses problemas foi tema do caso “Quero fazer um *check-up*”, na parte 1 da seção 7, deste módulo. Consulte-o para que fique claro para sua equipe como é aplicado o protocolo de revisão periódica. Veja também as outras partes da seção que têm relação com o “caso de Marina”

### **Integralidade do cuidado...**

Após as orientações realizadas pelo enfermeiro, Marina é atendida pela médica que lhe indaga sobre a sintomatologia urinária, sobre a qual ela nega qualquer sintoma. 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 indicados.

Frente ao 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 um conjunto de exames orientados para o contexto, sexo e idade de Marina (AvPS) e agenda o retorno.

### **Revisão periódica: 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 na seção 1, ações de natureza promocional e preventiva são os pilares dessa etapa, associada às demandas e aos problemas de saúde 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 sobre os quais a médica faz os seguintes registros:

- Glicemia de jejum (GJ)= 82 mg/dL, (normal até 99 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-HCV não reagente.
- Sorologias para HIV e VDRL serão solicitadas no trabalho do grupo “Vida a Dois”.
- Estudo radiológico 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, e durante o mesmo é feita a coleta de material para a realização do Papanicolau.

#### **Saiba mais sobre exame ginecológico!**

Para conhecer detalhes da avaliação ginecológica, consulte o módulo “Saúde da Mulher” (COELHO; PORTO, 2009).

### **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”.

### **Grupo “Vida a Dois”**

“Vida a Dois” é um grupo criado pela Equipe Verde 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 no Grupo “Vida a Dois”, no mês seguinte...**

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.

### **Marina e Célio no Grupo Vida a Dois (retorno)...**

Marina e Célio retornam animados, informando sobre a marcação do casamento deles. A auxiliar de enfermagem aproveita para agendar a revisão periódica de saúde para Célio.

Após o trabalho realizado no grupo, Marina e Célio receberam aconselhamento por parte da equipe do Grupo “Vida a Dois”. Renata informou-lhes que era norma do grupo, principalmente no caso de Marina

e Célio, a oferta de sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Com a concordância dos dois, Renata, então, entregou-lhes a solicitação para a realização de sorologia para HIV e para sífilis e procedeu, com ambos, ao aconselhamento pré-teste.

### **Marina se prepara para engravidar...**

Marina retorna ansiosa para saber o resultado dos exames. A médica comunicou-lhes que os resultados eram os seguintes:

- VDRL: negativo.
- HIV: negativo nas duas amostras.

Comunicado o resultado, 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.

### **Aconselhamento pré e pós-testagem para HIV**

A solicitação de teste para 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 do HIV.

#### **Aconselhamento pré-teste**

O processo de comunicação e o impacto decorrentes de um resultado de sorologia positiva para 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, de acordo com Girão e Gusso (2006), o profissional capacitado deverá:

- Reafirmar o caráter voluntário da testagem.
- Avaliar com o paciente a realização ou não do teste.
- Trocar com o paciente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste.

#### **Para saber mais...**

O aconselhamento em relação ao HIV é um conjunto de orientações fornecidas ao paciente no momento em que se solicita o teste, esclarecendo sobre os resultados possíveis e suas implicações, as formas de prevenção e controle da infecção. É um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. 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 recebeu resultado de teste positivo.

- Reforçar para o paciente a diferença entre HIV e AIDS ou entre portador assintomático e doente de AIDS.
- Trocar informações sobre o sistema de teste e o conceito de “janela imunológica”.
- Verificar história anterior de testagem e riscos.
- Reforçar a necessidade de adoção de práticas mais seguras frente ao HIV, também nesse período.
- Explorar comportamentos de risco.
- Sondar qual o apoio emocional e social disponível ao paciente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros).
- Sondar “quem terá acesso ao resultado”.
- Considerar com o paciente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste.
- Considerar o significado do teste negativo e atitudes frente a isso.
- Considerar com o paciente o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste.
- Sondar medos fantasiosos e reações do tipo “eu me matarei”.
- Explorar reações tomadas no passado diante de situações de grande estresse.
- Perguntar sobre dúvidas e verificar o que foi compreendido.

### **Aconselhamento pós-teste diante de resultado negativo**

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

- Abordar a possibilidade de “janela imunológica” e a necessidade de um novo teste.
- Lembrar que um resultado negativo não significa imunidade.
- Reforçar as práticas mais seguras já adotadas ou a serem adotadas (preservativos, uso exclusivo de agulhas e seringas, etc.).

### **Célio (no dia seguinte...)**

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

- VDRL = negativo.
- HIV = ambas as amostras positivas.

Antes que Renata possa continuar a comunicação, Célio a interrompe, dizendo: “se for verdade, prefiro a morte”.

Em seguida, Renata e Pedro Henrique prestam informações a Célio sobre o significado daqueles resultados e o informam que precisam ser confirmados. Célio diz que devem estar errados e que os resultados seguintes vão mostrar isto. Renata e Pedro Henrique escutam Célio com paciência, possibilitando a ele expor os seus sentimentos em relação ao resultado do exame e o tempo necessário para que ele assimile o impacto do resultado.

A médica Renata repassa a Célio novo pedido de exame e realiza, uma vez mais, o aconselhamento pré-teste, preparando-o em relação à possível confirmação do resultado.

### **Célio (após 15 dias...)**

Célio é acolhido por Renata e Pedro Henrique, informando-lhe a confirmação do resultado positivo. Em seguida, Célio cai em choro convulsivo, ao que Pedro Henrique e Renata tomam-lhe as mãos e, apenas segurando-as, permitem que ele continue a chorar. Decorridos aproximadamente uns 10 minutos, Célio interrompe o choro e indaga:

- “Como vou fazer para dizer isto para Marina? E olha que estamos nos preparando para casar!”

Pedro Henrique e Renata, nesse momento, dirigem-se a Célio e começam, de forma clara, porém acolhedora, a responder às suas perguntas e, em seguida, transmitem-lhe uma série de orientações.

Célio deixa o grupo um pouco atônito e, nesse momento, Pedro e Renata informam-lhe de que estarão sempre à disposição para orientá-lo. Agendam de imediato uma consulta para ele no serviço de referência e sua inclusão no Grupo “Vida Mais” – o grupo interdisciplinar de acompanhamento a infectados pelo HIV que foi estruturado pela Equipe Verde e que já conta com cinco pacientes, não incluído Célio.

Conforme salientado anteriormente, o trabalho de aconselhamento constitui etapa fundamental nos atendimentos, envolvendo a solicitação e o resultado de sorologia para HIV. Conforme o resultado do teste e sua confirmação, Girão e Gusso (2006) sugerem as seguintes recomendações:

**A - Pós-teste diante de resultado positivo:**

- Fornecer o resultado clara e diretamente.
- Permitir o tempo necessário para que o paciente assimile o impacto do diagnóstico e expresse seus sentimentos.
- Conversar sobre sentimentos e dúvidas, oferecendo apoio necessário.
- Estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, ideia de suicídio e outros.
- Desmitificar sentimentos que associam HIV/AIDS a culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte e outros.
- Reforçar que resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida.
- Enfatizar que o paciente, mesmo sendo portador assintomático, pode transmitir o vírus.
- Reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é controlável.
- Reforçar a necessidade de adoção de práticas mais seguras para redução de riscos de reinfecção pelo HIV e outras DSTs.
- Reforçar o benefício e demonstrar o uso correto dos preservativos, bem como suas limitações, caso ainda haja dúvidas.
- 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 anti-HIV.
- Definir com o paciente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio, como, por exemplo, o Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS (GAPA), além de oferecer a possibilidade de contato - disponibilidade.
- Explicar, em caso de gestante, as formas de transmissão vertical do HIV que podem ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento.
- Esclarecer como minimizar os riscos desse tipo de transmissão pelo Programa de Tratamento Antirretroviral (TARV), 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.
- Abordar questões relativas à dieta, orientando a evitar carne e ovos malcozidos, considerando a possibilidade de contaminação de doenças.
- Orientar sobre como proceder em relação a viagens, seguindo as regras de quimioprofilaxia de pessoas imunocompetentes, evitando vacinas de vírus vivos, como febre amarela e poliomielite (Sabin).

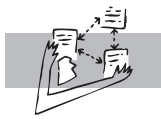
#### **B - Aconselhamento pós-teste diante de resultado indeterminado**

- 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 infecção pelo HIV e outras DSTs;
- Orientar à realização de nova coleta para repetir o teste no período definido pelo laboratório;
- Considerar com o paciente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste e referenciar para apoio psicológico, se necessário.

#### **Resumindo...**

Esta seção buscou orientar profissionais 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. Neste sentido, utilizou-se da infecção do trato urinário como a condição aguda referência para a avaliação e condução pela equipe.

Neste caso, foi-lhe apresentada, também, uma sistemática para o acolhimento, atenção e orientações dispensadas em situações envolvendo a solicitação e recebimento de resultado de sorologia para HIV, ao mesmo tempo em que se alertou para aspectos relacionados à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis.



## Atividade 2

### Avaliação de risco

A avaliação de risco é muito importante no sentido de definir ou direcionar o atendimento que será dado ao paciente e merece atenção especial dos profissionais de saúde da rede básica para fortalecer a organização do processo de trabalho.

Tome como modelo um caso de paciente que procurou a UBS com queixas de início recente. Contextualize como sua equipe de saúde se organiza para receber a demanda espontânea, a fim de que os pacientes possam ter suas necessidades atendidas no mínimo tempo possível e com a utilização racional dos recursos disponíveis.

Elabore um texto contemplando as questões:

- Como a equipe de saúde está organizada para atender a esse paciente?
- Como será definido se o paciente terá o atendimento imediato ou agendado?
- Quais os principais aspectos que são avaliados para classificar a gravidade do caso?
- • Quais os fatores dificultadores e facilitadores identificados no atendimento à demanda espontânea no seu local de trabalho?

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

# Seção 3

“Tenho medo de estar com uma doença grave”

“Se quiser conhecer um homem, pergunte-lhe com o que ele se preocupa” (M. STEWART, 2010, p. 115).

Nesta seção vamos estudar o caso Michele, o que suscita na equipe a abordagem de condições muito comuns na Atenção Básica: a enxaqueca e a lombalgia.

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.

Ênfase especial é dada ao Método Clínico Centrado na Pessoa, que você deve aprimorar.

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 seção você seja capaz de:

- Discutir sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa.
- 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.

## O caso Michele

### Enquanto isso, na unidade de saúde...

Michele comparece à UBS, sendo acolhida pelo enfermeiro da Equipe Verde, 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. 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.

Michele 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.

### **E por falar em cefaleia...**

A cefaleia ou dor de cabeça é um sintoma frequente em Atenção Primária. 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.

### **Dor de cabeça e enxaqueca**

Na maioria dos casos, como, por exemplo, a enxaqueca ou migrânea, a cefaleia do tipo tensional e a cefaleia em salvas, a dor de cabeça pode não estar relacionada a outra doença de base. Algumas vezes pode corresponder à manifestação de alguma doença associada, tais como infecções sistêmicas em geral, intoxicações, neoplasias intracranianas, distúrbios vasculares e outras.

A cefaleia de Michele parece se tratar de enxaqueca (migrânea), em que a 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). Algumas pessoas podem apresentar alguns sintomas neurológicos focais precedendo uma crise de enxaqueca, como: parestesias, disfasia, alterações visuais, vertigens. A presença desses sintomas caracteriza o que chamamos de aura. O tipo mais frequente de enxaqueca é a enxaqueca sem aura, também conhecida como enxaqueca comum.

A enxaqueca pode ter fatores deflagradores da crise, tais como:

- Alimentos: 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.
- Exposição ao sol.
- Luzes, ruídos e odores intensos.
- Mudanças nos hábitos de sono (dormir ou mais ou menos horas do que o habitual para aquela pessoa).
- Perda ou atraso de uma refeição.
- Período menstrual.
- Grande estresse emocional, como aborrecimentos.
- Estresse físico (doença, infecção, cirurgia).

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, particularmente num cenário de Atenção Primária à Saúde, inicia-se com adequada relação profissional - paciente.

O diagnóstico de cefaleia é essencialmente clínico. Na avaliação do paciente com queixa de cefaleia, a anamnese detalhada e exame físico adequado (envolvendo, inclusive, análise neurológica sumária e exame de fundo de olho) são fundamentais.

Quais são os sinais de alerta a serem observados na avaliação e diagnóstico das cefaleias?

- Cefaleia que se inicia após os 50 anos.
- Cefaleia de início súbito, descrita como a “pior dor de cabeça sentida até então”.
- Cefaleia com características progressivas: intensidade, frequência, duração.
- Cefaleia de início recente, em pacientes com neoplasia ou HIV.
- Cefaleia com manifestação sistêmica: febre, rigidez de nuca, etc..
- Cefaleia com sinais neurológicos focais: convulsões, anormalidades no exame neurológico.
- Cefaleia associada à papiledema.

#### **Para revisão sobre cefaleia, veja:**

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

### **Falando sobre a experiência de Michele com a dor de cabeça...**

Michele se queixa de constantes faltas ao trabalho em virtude das crises de dor de cabeça, com 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.

Michele 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 dos usuários 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.

Observe, no relato, como as crises de dor trazem impacto negativo na vida de Michele, que se vê privada de melhor qualidade de vida.

Na investigação de cefaleias, além do tipo, local e 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. No trabalho, a dor encontra-se entre as principais causas de absenteísmo, licenças médicas e baixa produtividade. É um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, alto custo e pelo impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

### **Prosseguindo a consulta de Michele...**

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, em 20/08/2007). Nega histórico familiar de doença cardiovascular ou câncer.

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.

## **Lombalgia: queixa comum em Atenção Primária**

As lombalgias são definidas como quadros dolorosos na região lombar e/ou sacral, apresentando causas distintas para o seu desenvolvimento. A dor lombar aguda é uma das queixas mais comuns na prática de Atenção Primária. Embora cerca de 90% dos casos de dor lombar sejam considerados de origem mecânico-degenerativo, 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.

### **Vamos recordar: causas de lombalgia...**

#### **Lombalgias mecânico-degenerativas**

- Dores musculares.
- Discopatias,
- Hérnia de disco intervertebral.
- Estenose espinhal.
- Síndrome da cauda equina.
- Espondilolistese.
- Osteoporose.

#### **Lombalgias não mecânicas**

- Infecciosas.
- Inflamatórias.
- Neoplásicas.
- Causas psicossomáticas.
- Doenças viscerais: dor visceral referida na região lombar.
- Fibromialgia.

Dor lombar aguda é definida como aquela com até três meses de persistência dos sintomas. Ocorre em mais de 80% das pessoas em algum momento de suas vidas e 95% dos casos de lombalgia aguda são inespecíficos. Não apresentam relação com alguma doença específica. Afecções graves são causas raras de lombalgia.

Existem alguns sinais de alerta importantes na abordagem das lombalgias: os alertas vermelhos e os alertas amarelos. São considerados



“sinais de alerta” os sinais ou sintomas apresentados pelo paciente, que possam ser devidos a outras enfermidades sistêmicas que não à lombalgia aguda mecânica. Os alertas vermelhos auxiliam na identificação de condições potencialmente graves. Os alertas amarelos correspondem a fatores psicossociais que contribuem para o desencadeamento e para tornar crônicas as síndromes dolorosas lombares.

### **Atenção aos sinais de alerta em pacientes com dor lombar...**

#### **Alerta vermelho**

- Trauma importante.
- Idade de 50 anos ou mais ou menor de 20 anos.
- Osteoporose.
- Imunossupressão.
- História pregressa de câncer ou dor que piora em repouso.
- Perda de peso inexplicada, acima de 10% do peso corporal.
- Febre por mais de 48 horas, uso de drogas injetáveis, infecção ativa.
- Déficit neurológico grave ou progressivo.
- Dor com piora noturna.
- Dor progressiva ou refratária ao tratamento.

#### **Alerta amarelo**

- Fatores genéticos e antropológicos.
- Obesidade.
- Sedentarismo.
- Tabagismo.
- Má-postura.
- Insatisfação laboral.
- Síndromes depressivas.
- Trabalhos pesados.
- Alterações climáticas.

### **Quando devemos solicitar estudos de imagem em pacientes com lombalgia?**

A solicitação de exames de imagem, em geral, não é necessária em pacientes com lombalgia aguda de evolução inferior a seis semanas. Em pacientes com mais de 50 anos e sinais de alerta presentes podem ser

necessários exames como radiografia lombossacral e hemossedimentação, para descartar neoplasia ou infecção. Em caso de sintomas persistentes ou graves - dor ciática limitante, paresias, perda sensitiva em determinado dermatomo -, exames mais sofisticados podem ser solicitados, como tomografia ou ressonância magnética.

### **Para revisão sobre lombalgias**

Leia “Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias” (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2001), disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/072.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/072.pdf)>.

### **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 do amigo. Diante dos sintomas apresentados por Michele, Pedro Henrique solicita a avaliação da médica da equipe.

### **Renata realiza o exame físico de Michele...**

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/m<sup>2</sup>.
- Aparelho cardiovascular: PA: 110 x 70 mmHg; frequência cardíaca (FC): 68 batimentos por minuto (bpm.), bulhas normorítmicas e normofonéticas, em dois tempos; pulsos periféricos rítmicos, simétricos, cheios.
- Aparelho respiratório: Frequência respiratória de 12 incursões respiratórias por minuto (irpm.), 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°, 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
- Minimental = 30.

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

### **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.

### **Para refletir...**

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.
- Custo baixo para o sistema de saúde e para o paciente.

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 isto, 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.
- Uso racional dos recursos: gerenciar os recursos para o paciente, considerando suas necessidades e as da comunidade.

Podemos observar os resultados do tratamento após dois meses da abordagem da paciente com diagnóstico de enxaqueca, segundo o Método Clínico Centrado na Doença e outro centrado no paciente, utilizado pela Dra. Renata.

### 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, doutor. 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 policlínica, com crises de enxaqueca. Acha que seu problema não tem solução e deseja fazer um exame mais complexo e consulta com neurologista para ver se está tudo bem.

### Entrevista centrada no paciente

**Médica:** Pelos seus relatos e ausência de alterações ao exame que realizei, você possui um tipo de dor de cabeça chamada enxaqueca. Já ouviu falar algo sobre ela?

**Paciente:** Sim. Minha mãe tem enxaqueca e tem os mesmos sintomas que eu.

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

**Paciente:** Bom, um amigo meu que também sofria de dores de cabeça, assim como eu, morreu de tumor cerebral. Tenho medo de estar com o mesmo problema.

**Médica:** Existem muitas causas de dor de cabeça e certamente os aneurismas podem cursar com este sintoma, mas as características da dor são muito diferentes do seu caso. Você tem um histórico de dor de cabeça desde a infância, que pioraram na medida em que você foi exposta a situações de cada vez mais responsabilidade e tensão. Além disso, você tem usado um anticoncepcional com alta dosagem, o que piora 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, o tipo de dor de cabeça é bem diferente. E a pessoa geralmente tem outros sintomas. Você se lembra de como eram as queixas do seu amigo?

**Paciente:** Sim. Agora que a senhora falou percebo que eram diferentes das minhas dores. Ele começou a ter fortes dores há pouco tempo, estava com certa dificuldade para falar e teve desmaio.

**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 algo deprimida...

**Paciente:** Meu trabalho é estressante 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?

Paciente: Vou me esforçar para melhorar minha vida e procurar um trabalho em que me sinta 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 com os alimentos que mais frequentemente desencadeiam crise de enxaqueca (entrega à paciente e explica). A pílula anticoncepcional pode piorar as crises. A enxaqueca é um problema crônico, mas tem controle quando é abordada 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 medicação para prevenir as crises. Como você disse que no momento suas condições financeiras estão difíceis, vou prescrever uma medicação disponível na rede pública que irá evitar as crises de dor de cabeça, além de melhorar essa depressão. Você fará um esforço para comprar apenas o medicamento para as crises: fracas ou moderadas (Dra. Renata prescreve naproxeno) e para crises fortes (prescreve naratriptano), que tem preço razoável e evitará que você precise usar outros analgésicos, como você tem feito. Poderá usar um medicamento para náuseas e vômitos (metoclopramida), se necessário. Procure não abusar de analgésicos, pois seu uso excessivo piora a dor de cabeça. Você acha que podemos tentar desta forma?

**Paciente:** Sim.

**Médica:** Em relação à dor nas costas, não creio ser necessária radiografia, pois seu exame não mostra algo grave. Procure fazer algumas adaptações na cadeira para que você se sinta confortável e os exercícios de alongamento dão uma resposta bem satisfatória, porque no seu caso a lombalgia é resultante de postura incorreta. Vou discutir com o enfermeiro sobre outros métodos contraceptivos mais indicados para você. Tem alguma dúvida sobre o que conversamos?

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

**Médico:** A prática de atividade física é fundamental para você. A Associação Comunitária aqui do bairro possui um projeto que envolve 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 esta unidade de saúde. Procuraremos ajudá-la no que for possível.

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

### **Após dois meses**

A paciente 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 ingestão 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 a mesma 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. Não apresentou dor lombar.

### **Falando um pouco sobre 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 usuários.

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, insatisfeitos com o atendimento prestado pelos profissionais.

Fazem parte do diagnóstico diferencial de depressão algumas doenças endócrinas, como o hipotireoidismo, distúrbios neurológicos e metabólicos. É importante lembrar que a depressão pode ser desencadeada por determinadas medicações, como alguns anti-hipertensivos, hormônios e medicações antineoplásicas.

### **Crítérios diagnósticos para depressão**

Para que uma pessoa tenha diagnóstico de depressão, ela deve ter apresentado, nas duas últimas semanas, cinco das seguintes características, sendo que ao menos uma delas deve ser a primeira ou a segunda da lista:

1. Humor deprimido na maior parte do dia em quase todos os dias;
2. Perda de interesse ou de satisfação em relação à maior parte das atividades (anedonia).

As outras, até atingir o total de pelo menos cinco, podem ser:

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.
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.

Esses sintomas devem causar incômodo clinicamente significativo e incapacidade ocupacional ou em outros setores funcionalmente importantes.

### **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.

No caso de Michele, 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. O tratamento antidepressivo deve ser entendido de forma globalizada, levando-se em consideração o ser humano como um todo - dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, Michele foi encaminhada à psicóloga do NASF para avaliação, que achou prudente sessão de psicoterapia individual, que foi plenamente aceita pela paciente.

Em relação à terapia farmacológica, todas as classes de antidepressivos têm eficácia similar. Portanto, a escolha do antidepressivo deve ser baseada nas características da depressão, dos efeitos colaterais, risco de suicídio, outros distúrbios clínicos, terapia concomitante, tolerabilidade, custo, danos cognitivos, doenças associadas, etc.

#### **Para informações complementares sobre depressão, veja:**

- Transtorno depressivo com risco de suicídio, do módulo “Saúde Mental” (PEREIRA *et al.* 2013).
- Minas Gerais – Secretária de Saúde - Atenção em Saúde Mental. Saúde em Casa (2006).
- Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas, p. 30 a 34 da Série Nescon de Informes Técnicos (DIAS; PEREIRA, 2009).

Em relação à enxaqueca, a médica da Equipe Verde 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 por um anti-inflamatório não esteroide e um triptano, em caso de dor forte).
2. Medicação profilática: como observado anteriormente, 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.

Considerar a indicação de profilaxia nos seguintes casos:

- Frequência das crises: em geral, indica-se a profilaxia medicamentosa quando ocorrem três ou mais crises por mês.
- Grau de incapacidade importante - pessoal, familiar, social e produtiva: nesse caso, 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.
- Subtipos especiais de enxaqueca (migrânea): basilar, hemiplégica, com aura prolongada, com auras frequentes e atípicas e infarto migranoso (um quadro de isquemia, sem uma doença de base para explicá-lo).

Verifique o tratamento da enxaqueca orientado pela médica da Equipe Verde para Michele no trecho sobre a entrevista centrada no paciente.

**Veja um sumário das recomendações para o tratamento da enxaqueca:**

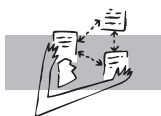
- Identificar e afastar, dentro do possível, os fatores desencadeantes.
- Entrar precocemente com o tratamento nos pródromos das crises.
- Crises leves a moderadas podem ser manejadas com antieméticos, analgésicos e anti- inflamatórios não hormonais.
- Crises moderadas a intensas devem ser manejadas com triptanos ou analgésicos potentes (evitar uso crônico de analgésicos, que podem desencadear dor).
- Pacientes com crises frequentes podem receber profilaxia com beta-bloqueadores, antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivantes.

Como se observa no caso de Michele, para pessoas com dor lombar aguda e sem critérios de gravidade, o tratamento deve ser dirigido à educação do paciente. Analgésicos e anti- inflamatórios não esteroides devem ser

usados em associação com programas de reabilitação física visando à minimização da inatividade e recuperação do tônus muscular, melhora do condicionamento físico e controle do peso. Caso a equipe disponha de acesso a programas de fisioterapia, estes devem ser encorajados. O paciente deve ser avaliado posteriormente e, em caso de manutenção ou piora da dor, avaliar troca de esquema analgésico, necessidade de exames complementares e encaminhamento à especialidade.

### **Finalizando...**

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 envolvidos. 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?”



### **Atividade 3**

#### **Método clínico centrado na pessoa**

Descreva, brevemente, um caso de usuário atendido por você.

Após o relato, reflita sobre qual abordagem foi utilizada: método clínico centrado na pessoa ou na doença?

Justifique sua resposta. Trace um paralelo entre os dois métodos, indicando quais as vantagens e desvantagens da utilização dos mesmos.

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte o cronograma da disciplina sobre outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

# Seção 4

“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).

Nesta seção 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 usuários, chamados “hiperutilizadores” ou “hiperfrequentadores”, e são abordadas as estratégias pelas quais a equipe de saúde pode organizar a atenção a essa demanda.

Ainda nesse caso, faz-se a abordagem de uma das condições crônicas mais prevalentes na Atenção Primária, a hipertensão arterial. Seu manejo é discutido como paradigma de abordagem das doenças crônicas.

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 seção você seja capaz de:

- Identificar sinais de alarme em pessoas com condições respiratórias agudas.
- Compreender a “hiperutilização” dos serviços de saúde por alguns usuários.
- Discutir o manejo de uma condição crônica como a hipertensão.
- Compreender os princípios que regem a avaliação pré-operatória no âmbito da Atenção Primária.
- Conhecer o processo de estratificação de risco cardiovascular e seu manuseio.

## O caso

Edilene, 42 anos, moradora da cidade de Curupira há dois anos, comparece à Unidade de Saúde da Família de Vila Formosa I 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 da gripe suína, pois, como ela diz, “a situação está muito grave no Brasil e no noticiário da TV disseram que em caso de qualquer sintoma de gripe o paciente deveria procurar a unidade de saúde”.

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

Exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, afebril (Tax: 36.5°C). Ativa, comunicativa. Peso: 60 kg, altura: 1,55 m, IMC: 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Oroscopia: hiperemia de orofaringe. ACV: bulhas normorrítmicas, em dois tempos. Pulsos rítmicos, simétricos, cheios. PA: 130x80 mmHg, FC: 70 bpm. AR: eupneica, sons respiratórios normais. FR: 12 irpm. Abdome livre.

### **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, veja:**

“Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas” (WANNMACHER, 2006, disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n1\\_antibacterianos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n1_antibacterianos.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2011.

Na maioria das vezes, as IRAs 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.

Dois aspectos principais devem ser avaliados no atendimento a um paciente com IRA:

### **1. Fatores de risco**

Idade acima de 60 anos; imunossupressão; doenças crônicas: hemoglobinopatias, *diabetes mellitus*, cardiopatias, pneumopatias, doenças renais e hepáticas crônicas, neoplasias; gestação; paciente institucionalizado.

### **2. Sinais de gravidade**

Confusão mental; frequência respiratória igual ou superior a 30 irpm; frequência cardíaca igual ou acima de 125 bpm; PA diastólica inferior a 60 mmHg e/ou PA sistólica inferior a 90 mmHg; temperatura abaixo de 35°C ou acima de 40°C.

### **Decisão do enfermeiro...**

O enfermeiro 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.

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. Indica retorno à unidade, caso necessário, e agenda consulta para Edilene com a Dra. Renata em uma semana, para pesquisa de risco cirúrgico.

### **Uma avaliação objetiva...**

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.

### **Explorando o prontuário de Edilene...**

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.

Não há evidências de que Edilene apresente sinais ou sintomas depressivos. 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. 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.

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.

### **Saiba que...**

Em sua unidade de saúde você deve atender com certa frequência 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 “poliqueixosos”, “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.

### Os “hiperutilizadores”

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 frente a 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.

### 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 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.

Frequentedores 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. Nestes 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.

### **Apresentação do caso à equipe...**

Pedro Henrique 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.

### **Após uma semana...**

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 a mesma, 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.

### **Trecho da entrevista centrada na paciente (Edilene e a médica)**

**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?

**Paciente:** 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?

**Paciente:** Sim. Tenho vergonha em 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?

**Paciente:** 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?

**Paciente:** 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?

**Paciente:** 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 esta cirurgia, o relacionamento de vocês volte ao que era antes e você consiga recuperar sua autoestima e ficar mais segura?

**Paciente:** 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?

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

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

### Exame físico de Edilene

Peso: 60 kg; altura: 1,55 cm; IMC: 24,9 kg/m<sup>2</sup>; cintura = 72 cm.

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

Pescoço: linfonodo palpável em região cervical anterior, móvel, fibrelástico, < 0,5 cm, indolor (a paciente não notara a alteração).

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 bpm.

AR: sons respiratórios normais, eupneica, FR: 14 irpm.

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.

### 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 o usuário; 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 usuário (iatrogenia).

A médica lê no prontuário que Edilene teve infecção viral há uma semana, o que pode justificar a linfadenomegalia encontrada. 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 esse paciente: avaliação de risco cirúrgico. A médica decide aguardar a próxima consulta para o acompanhamento desse achado.

A Dra. Renata, frente ao 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. Nestes 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 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.

### **A avaliação pré-operatória na Atenção Primária à Saúde**

#### **1. Avaliação clínica**

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.

#### **2. 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, estará solicitando exames desnecessários ou se esquecendo 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.

### **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.

### **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 (20/03/1995). 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.

### 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 e não é dependente do cigarro e pode parar de fumar a hora em que desejar, apesar do momento atual não ser ideal, pois o cigarro é uma forma de aliviar a ansiedade. 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 cigarro.

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 as 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.

### Leitura obrigatória

Para a análise do caso de Edilene, é essencial que você leia a parte 5 (Controle do tabagismo), a parte 7 (Hipertensão arterial sistêmica) e a parte 8 (Avaliação do risco cardiovascular) da seção 7, revendo os principais aspectos conceituais e operacionais dessas duas situações. Para mais informações sobre mudanças comportamentais, leia também: **Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento: a Entrevista Motivacional** (DIAS; PEREIRA, 2009).

### Para saber mais...

Veja no glossário: UMA e a fórmula de cálculo.

Veja os exames laboratoriais de Edilene:

Exame	Resultado	Valores de referência
Glicemia	87 mg/dL	< 100 mg/dL
Colesterol total (CT)	160 mg/dL	Ótimo: < 200; limítrofe: 200 a 239; alto: ≥ 240 mg/dL
Colesterol HDL (high-density lipoprotein)	50 mg/dL	Ótimo: > 40/50 ou 60, conforme risco
Colesterol LDL (low-density lipoprotein)	90 mg/dL	Ótimo: < 100; desejável: entre 100 e 139; alto: ≥ 140 mg/dL
Triglicérides (TG)	100 mg/dL	< 150 mg/dL
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	Normal
ECG	Sem alterações	Registro dentro dos padrões esperados

### Calculando o risco de Edilene

De acordo com o Quadro 17 da parte 8 da seção 7:

- Indicadores de risco cardiovascular de Edilene: hipertensão, tabagismo.
- Algum critério para fator de risco cardiovascular ou fatores agravantes de risco? Não.

### Cálculo do risco: escore de Framingham para mulheres (Figura 5, seção 7, parte 8)

- Idade (42 anos): pontuação: zero
- É diabética: não, pontuação: zero
- É tabagista: sim, pontuação: dois
- Valor colesterol LDL: 90 mg/dL, pontuação: -2
- Valor colesterol HDL: 50 mg/dL, pontuação: zero
- Valor da PA: 125X80 mmHg, pontuação: zero
- Resultado: total zero ponto, risco cardiovascular em 10 anos: 2%, baixo risco.

## Atividade 4

### Roteiro de entrevista para portador de hipertensão arterial sistêmica

Elabore um roteiro de entrevista para portador de hipertensão arterial sistêmica, contemplando as maiores dificuldades encontradas para o controle da pressão arterial, os limites impostos pela hipertensão em suas vidas, sintomas apresentados e o conhecimento sobre a doença, sua gravidade e complicações.

Entreviste cinco adultos hipertensos, transcreva os pontos principais encontrados em cada depoimento, analise-os e elabore estratégias para atendimento e monitoramento desses pacientes.

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



## Atividade 5

### Da reflexão à ação...

Analise o caso de um “hiperfrequentador” da UBS. Qual a razão de tantas idas e vindas à UBS? Que problemas podem estar envolvidos na “hiperutilização” do serviço de saúde?

Discuta com sua equipe algumas estratégias que devem ser utilizadas para o atendimento do “hiperfrequentadores” e “hiperutilizadores” do serviço de saúde que atendam satisfatoriamente às suas necessidades.

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.





# Seção 5

“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, p. 132).

Na seção 5 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 sua família.

Ao final desta seção 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 Verde. 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 pela 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 de Curupira, 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”.

### **Atenção básica e cuidados paliativos**

A Atenção Básica 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”.

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 ir para 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 prevenção do sofrimento.

Sabe-se que quanto mais próximo da morte estiver o paciente, maiores serão suas necessidades e 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.

### **Continuando com os cuidados...**

Dona Letícia relata persistência de dor torácica ventilatório-dependente e tosse leve, pouco produtiva. Refere, também, melhora do apetite após a internação e tratamento. Avaliada em relação à sua dor, classifica-a em cinco na escala visual numérica.

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 se submeter a sessões de radioterapia paliativa e controle do derrame pleural.

### **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 no 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.

### **As vias de administração dos analgésicos podem ser:**

**Pela boca:** 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.

**Pelo relógio:** 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.

**Pela escada (analgesic ladder):** a escada analgésica de três degraus para guiar o uso sequencial de drogas, no tratamento da dor de câncer (Figura 1).

**Para as pessoas,** as necessidades pessoais para analgesia variam enormemente. A dosagem e 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.

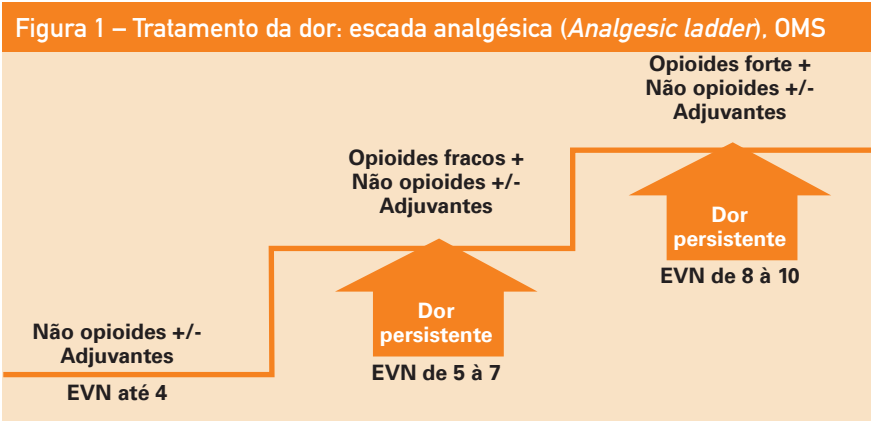
### **Uso de adjuvantes**

- 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 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:

- 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 tipo de dor.



Fonte: Oliveira (2008).  
EVN: Escala Visual Numérica.

Para avaliar a intensidade e a gravidade da dor, a Escala Visual Numérica (EVN) 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.

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: Cuidado paliativo. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/livros-e-revistas/livro\\_cuidado\\_paliativo.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/livros-e-revistas/livro_cuidado_paliativo.pdf)>

**Figura 2 - 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 opiáceos e AINH +/- adjuvantes										
5 - 7 uso de opiáceos fracos +/- não opiáceos +/- adjuvantes										
8 - 10: uso de opiáceos fortes +/- não opiáceos +/- adjuvantes										

Fonte: Oliveira (2008).

Para avaliar a intensidade e a gravidade da dor, a Escala Visual Numérica (EVN) 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.

### **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 que comece alguma ferida. A mesma foi orientada pelo enfermeiro Pedro Henrique sobre os procedimentos para prevenir úlceras por pressão e, em virtude disto, 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.
- A mudança de decúbito realizada a cada duas horas, reduzindo a força de cisalhamento e a pressão no local.
- A paciente deve ser posicionada corretamente, evitando-se que seja “arrastada” durante a movimentação, e sim que seja erguida utilizando-se o lençol móvel, a fim de evitar lesões causadas por fricção e força de cisalhamento.

### Para saber mais...

Sobre bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer de mama, veja o módulo “Saúde da Mulher” (COELHO; PORTO, 2009).

## Revendo a história de D. Letícia...

Dona Letícia é acompanhada pela Equipe Verde há dois anos, tempo este que coincide com o seu diagnóstico de câncer de mama avançado. Dona Letícia morava anteriormente em outro município e diz que frequentava a unidade de saúde regularmente. Quando questionada sobre a realização periódica de “exames de prevenção” sobre câncer de mama, relata que nunca havia tido suas mamas examinadas por profissional de saúde anteriormente ao diagnóstico de câncer. Na época 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 encaminhada para tratamento. Em sua história familiar constatam-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 sobrevida 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, pois a mesma pertence a um grupo de risco de câncer de mama (irmã faleceu devido a câncer de mama).

## 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.

### **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 infecto-contagiosas. 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.

### **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 à 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”.

### **Durante a visita domiciliar...**

Os profissionais da Equipe Verde 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

### Para saber mais...

Para esclarecer dúvidas sobre o preenchimento da declaração de óbito, acesse as publicações: **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito** (BRASIL, 2011) e a **declaração de óbito: documento necessário e importante** (BRASIL, 2007). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_de\\_obito\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf)>.

possibilidade do falecimento de Dona Letícia acontecer em horário em que a unidade de saúde se encontrasse 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 de Curupira 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”.

### O preenchimento da Declaração de Óbito

A emissão da DO é ato médico, segundo a legislação do País (BRASIL, 2007). 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, 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”.

### Após uma semana, durante a visita domiciliar...

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 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.

### **Finalizando...**

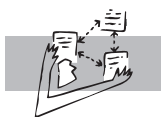
A boa comunicação com a família tem por objetivo manter todos os envolvidos no cuidado ao paciente e conscientes de todo o processo. Família bem informada torna-se excelente parceira no cuidar, detecta situações de risco precocemente e previne complicações e novas dependências.

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 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 [...]” (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, p. 18-19).



### Atividade 6

#### Cuidados paliativos

A qualidade da atenção à saúde do paciente em cuidados paliativos e de sua família exige trabalho multidisciplinar, além da utilização dos recursos disponíveis na comunidade.

Descreva as ações realizadas pela sua equipe para o atendimento ao paciente em cuidado paliativo, no sentido de minimizar os problemas relacionados à doença e à prevenção de possíveis agravos, e as intervenções junto à família.

Na análise descritiva, considere os recursos que são destinados à atenção aos usuários em cuidado paliativo, os fatores facilitadores e dificultadores dessa atenção e a atuação da família nesse contexto, de acordo com a realidade do seu município.

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



### Atividade 7

#### Diretiva antecipada de vontade

A Resolução no 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

Leia-a e discuta com seus colegas suas implicações dessa no cuidado das pessoas, especialmente adultas e idosas.



# Seção 6

“Não quero ficar dependente de remédios”

"A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer de seu próprio conhecimento."

Platão.

Nesta seção 6, a partir do caso do Sr. Valdir, você é levado ao estudo de 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 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 seção 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.

### O caso do Sr. Valdir

Após um exaustivo dia de trabalho na Equipe Verde, 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 contra diabetes, hipertensão arterial e "colesterol alto" há um mês. 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 (grupo de hipertensos/diabéticos). Sempre muito alegre, participa ativamente das reuniões, 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.

### **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 mesmo reafirma o que foi dito ao ACS. Diz que está tudo bem e que ultimamente está muito preocupado com seu sítio nas redondezas de Curupira, pois suspeita que estejam roubando algumas de suas galinhas e, por esta 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.

### **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 na 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).

### 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).

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.

### Voltando ao caso...

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 o uso correto das medicações e o reencaminha para participação no grupo operativo. Atendendo ao protocolo da unidade, solicita exames laboratoriais (glicemia de jejum, glico-hemoglobina - hemoglobina glicosilada ou HbA1c -, colesterol total, HDL e LDL e triglicérides) e orienta ao ACS que mantenha vigilância sobre o caso.

### 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 glicose estavam alteradas no dia da consulta de enfermagem. Está em uso de: captopril, 25 mg 2x/dia, sinvastatina, 40 mg/dia, metformina, 850 mg 2x/dia e AAS, 100 mg/dia. Ao exame clínico a pressão arterial encontra-se em 125x80 mmHg.

### Exames laboratoriais solicitados há uma semana

Glicemia jejum = 170 mg/dL (normal até 99), colesterol total = 250 mg/dL (normal até 200), HDL= 37 mg/dL (normal acima de 45), LDL= 177 mg/dL (normal abaixo de 100), triglicérides= 180 mg/dL (normal abaixo de 150).

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 no grupo de hipertensos/diabéticos.

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 colo-retal e de pele há seis meses, sem anormalidades.

### 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.

Fatores de risco

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.

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 a 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 4.

Quadro 4 – Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III

Componentes	Níveis
Obesidade abdominal, medida pela circunferência abdominal	Homens: < 102 cm Mulheres: < 88 cm
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL
Colesterol HDL	Homens: < 40 mg/dL Mulheres: < 40 mg/dL
Pressão arterial sistólica e diastólica	Sistólica: ≥ 130 mmHg Diastólica: ≥ 90 mmHg
Glicemia de jejum	≥ 110 mg/dL

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005).

Tratamento

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 5.

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 5 - Metas para o tratamento da síndrome metabólica

<b>Glicemia plasmática:</b>	
Jejum	< 110 mg/dL
Pós-prandial (2 horas)	< 140 mg/dL
<b>Hemoglobina glicosilada (%)</b>	Limite superior do método
<b>Colesterol total</b>	< 200 mg/dL
<b>Colesterol HDL (high density lipoprotein)</b>	> 45 mg/dL
<b>Colesterol LDL (low density lipoprotein)</b>	< 100 mg/dL
<b>Triglicerídeos</b>	< 150 mg/dL
<b>Pressão arterial*</b>	Sistólica: < 130 mmHg Diastólica: < 85 mmHg
<b>Peso</b>	Perda sustentada de 5 a 10%

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005, p. 22).

\* em presença de *diabetes mellitus* a pressão arterial deve ser <130/85 mmHg e se houver proteinúria >1 g/24h a pressão arterial deverá ser <125/75 mmHg.

Para mais detalhamentos sobre o *diabetes mellitus*, estude a parte 9 da seção 7 - "Falando sobre o *diabetes mellitus*".

#### Para praticar...

Vamos calcular o risco cardiovascular do Sr. Valdir. Veja a parte 8 da seção 7 - Avaliação do risco cardiovascular. De acordo com o critério de risco de Framingham para homens:

1. Existe doença aterosclerótica clinicamente manifesta ou seus equivalentes? Sim (*diabetes mellitus*). Portanto, risco superior a 20% /10 anos (alto risco).
2. Cálculo do Escore de Risco (Framingham):
  - 2.1 Idade 58 anos: pontuação 4
  - 2.2 É diabético: sim, pontuação 2
  - 2.3 É tabagista: não, pontuação 0
  - 2.4 Valor colesterol LDL: 177 mg/dL, pontuação 1
  - 2.5 Valor colesterol HDL: 37 mg/dL, pontuação 1

2.6 Valor da PA: 137,5 X 87,5 mmHg (média das duas últimas mensurações), pontuação 1

Soma dos pontos: **9 pontos, risco cardiovascular em 10 anos 22% (alto risco).**

Em virtude do 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 Verde com a participação da nutricionista do NASF (parte 3, sessão 7 - Programa de alimentação saudável).



## Atividade 8

### Monitoramento de portadores de *diabetes mellitus*

Descreva as ações realizadas por sua equipe para o atendimento e monitoramento dos portadores de *diabetes mellitus* da sua área de abrangência, indicando os responsáveis e insumos necessários. Faça uma análise crítica do trabalho que vem sendo desenvolvido pela equipe de saúde, considerando ações mínimas estabelecidas nos protocolos para o controle do diabetes na Atenção Básica (Linha Guia, Caderno de Atenção Básica nº 16, entre outros).

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



# Seção 7

Desenvolvendo conceitos e habilidades

Nesta seção 7 vamos compilar os textos de aprofundamento conceitual e operacional que são apoio aos casos relatados nas seções anteriores. A partir de citações que você viu nos textos, você foi remetido para a leitura das partes desta seção. Poderá, também, em qualquer momento, retomar e aprofundar esses temas com suas notas pessoais, citações e referências importantes – escreva suas observações nas margens do módulo.

Assim, veremos:

Parte 1 Avaliação periódica de saúde

Parte 2 Programa de atividade física

Parte 3 Programa de alimentação saudável

Parte 4 Programa de prevenção e controle do tabagismo

Parte 5 Programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas

Parte 6 Quadro clínico de infecção do trato urinário

Parte 7 Hipertensão arterial sistêmica

Parte 8 Avaliação do risco cardiovascular

Parte 9 Falando de *diabetes mellitus*

## Parte 1

# Avaliação periódica de saúde

**Check-up** é expressão amplamente utilizada pelos pacientes. No passado, consistia num exame periódico de saúde, de carácter geral, do qual constavam extensa entrevista e a realização de uma bateria de exames. O *check-up* não levava em consideração o intervalo de tempo a ser realizado, nem as especificidades inerentes a cada pessoa que a ele se submetia. Além disso, implicava altos custos para o sistema de saúde ou para as próprias pessoas. Outro aspecto relevante é o que se referia aos riscos de uma prática sistemática e indiscriminada de realização de exames, que não levava em conta fatores relacionados aos testes diagnósticos.

Em vez de *check-up*, atualmente propõe-se a expressão **avaliação periódica de saúde (AvPS) ou revisão periódica de saúde (RvPS)**. Trata-se de uma abordagem que visa, principalmente, a preservar ou melhorar a saúde das pessoas, além de detectar e prevenir doenças precocemente. A AvPS tem carácter seletivo, orientado pela idade/fases do ciclo de vida, sexo e fatores de risco específicos de cada pessoa, cujo perfil, pois, vai definir sua periodicidade.

São componentes da AvPS:

- A entrevista e o exame clínico seletivos.
- A detecção de padrões de autocuidado e fatores de risco.
- O rastreamento de doenças em fase inicial ou de fatores de risco passíveis de modificação.
- O aconselhamento e intervenções cognitivo-comportamentais que promovam hábitos saudáveis.
- A imunização.
- A quimioprevenção.

Para implementar ações de AvPS no contexto da equipe de saúde, para fundamentar o planejamento, a estruturação, o desenvolvimento e a avaliação do programa de AvPS na unidade de saúde, devem ser revistas as discussões sobre os módulos Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde (FARIA et al., 2009), Processo de Trabalho em Saúde (FARIA et al., 2009), Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2012) e Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Além disso, é de fundamental importância que a equipe tome a educação permanente em saúde como uma prática constante, pois somente ela pode viabilizar a atualização dos conceitos, a revisão de literatura, o treinamento da equipe e a avaliação crítica desse processo, que deve ser conduzido pela unidade como um todo. Finalmente, há de se lembrar que a incorporação da AvPS requer considerações de ordem técnico-político-financeira, sem as quais não se sustentam como um programa permanente da UBS.

## Parte 2

# Programa de atividade física

De acordo com Buchner (2009), um programa de atividade física regular traz numerosos benefícios e constitui um componente essencial do estilo de vida saudável. Para o autor, as características individuais e do ambiente social e físico vão influenciar os níveis de atividade física para cada pessoa.

A Equipe Verde 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.

No Programa de Atividade Física, a Equipe Verde adota as seguintes terminologias:

- Atividade física: refere-se a 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 esta 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 6.

#### Quadro 6 – Cálculo da frequência cardíaca máxima

$$\text{Frequência cardíaca máxima} = 220 - \text{idade}$$

Fonte: elaborado pelos autores.

Finalmente, e para que o protocolo de atividade física da Equipe Verde 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.

#### Pense nisso...

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 e o Departamento de Saúde do Reino Unido 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 7 apresenta algumas modalidades de atividade física, de acordo com seu grau de intensidade.

#### Quadro 7 - Atividades físicas classificadas de acordo com a intensidade

<b>Baixa intensidade</b>	Caminhar lentamente, pedalar bicicleta ergométrica lentamente, nadar lentamente, varrer o chão da casa, exercícios de alongamento, trabalho de carpintaria.
<b>Moderada intensidade</b>	Caminhar rapidamente, passear de bicicleta, nadar com moderado esforço, limpar a casa.
<b>Alta intensidade</b>	Caminhar com carga no plano, rapidamente; correr; pedalar bicicleta rapidamente; nadar rapidamente; ginástica aeróbica, tênis simples.

Fonte: adaptado de DUNCAN; SHMIDT; GIUGLIANI (2004)

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.

## Parte 3

# Programa de alimentação saudável

A Equipe Verde 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 Verde 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 (integral, desnatado, 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-lo 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 Verde 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/m<sup>2</sup>).
3. Limitar a ingestão 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 ingestão 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.

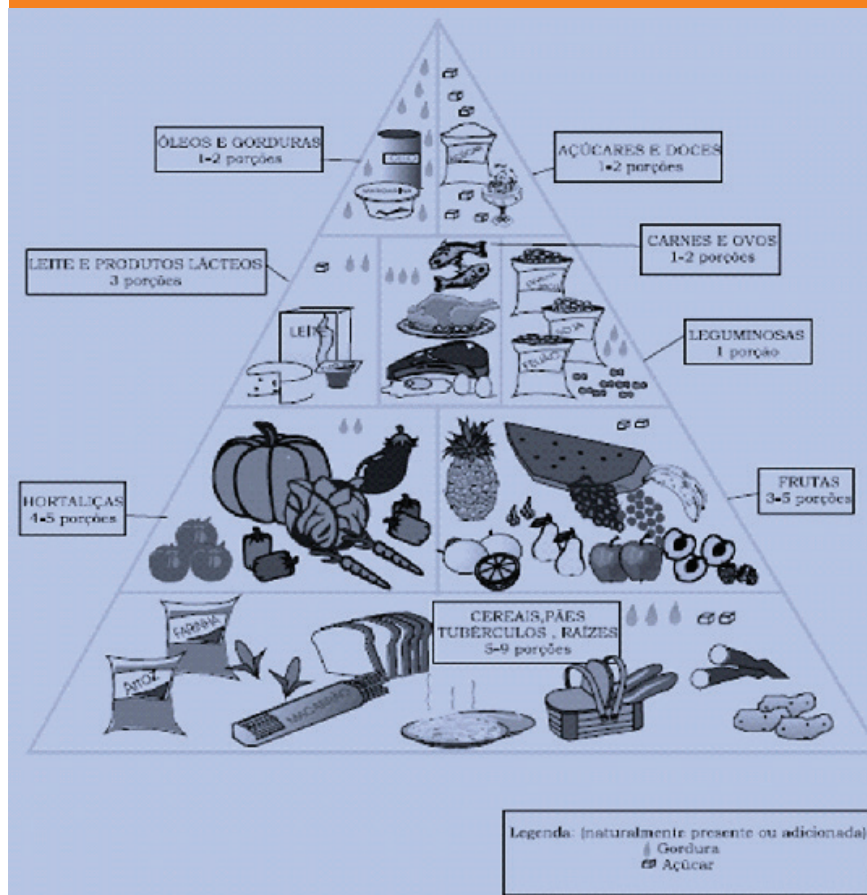
**Para aprendizado e reflexão sobre as possibilidades das intervenções comportamentais, recomendamos a seguinte leitura:**

**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). NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. 44 p.

De outra forma, a Equipe Verde 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, 2006d).

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 Verde lança mão da pirâmide alimentar, conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 – Pirâmide alimentar



Fonte: Philippi *et al.* (1999).

Entendidos os princípios que regem a representação da pirâmide alimentar, o profissional de saúde deverá traçar, em conjunto com o usuário, um plano alimentar diário que contemple suas necessidades e preferências.

## Parte 4

# 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. Neste 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 Verde 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 usuários dependentes de nicotina, a equipe aplica o teste de Fagerström (Quadro 8), que possibilita, entre outras informações, avaliar a necessidade de tratamento farmacológico da dependência da nicotina.

Obviamente que o protocolo da Equipe Verde para 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 8 - Teste de Fagerström

Condição	Pontuação
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	
Após 60 minutos	0 pontos
Entre 31 e 60 minutos	1 ponto
Entre seis e 30 minutos	2 pontos
Nos primeiros cinco minutos	3 pontos
Você encontra dificuldades em evitar fumar em locais proibidos, como, por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?	
Não	0 pontos
Sim	1 ponto
Qual o cigarro mais difícil de não ser fumado?	
Qualquer outro	0 pontos
O primeiro da manhã	1 ponto
Quantos cigarros você fuma por dia?	
Menos de 10 cigarros	0 pontos
Entre 11 e 20 cigarros	1 ponto
Entre 21 e 30 cigarros	2 pontos
Mais de 30 cigarros	3 pontos
Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	
Não	0 pontos
Sim	1 ponto
Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado na maior parte do dia?	
Não	0 pontos
Sim	
<b>Soma dos pontos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 4: dependência leve;</li> <li>• 5 a 7: dependência moderada;</li> <li>• 8 a 10: dependência grave.</li> </ul>	

Fonte: adaptado do II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (2004).

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 controle do uso de tabaco, consulte as recomendações do Instituto Nacional do Câncer: passo a passo para deixar de fumar. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/folder/index.html>>.

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.

## Parte 5

# 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 à falta de caráter e/ou de força de vontade. Sua abordagem, por muito tempo, esteve fora da agenda dos profissionais de saúde. Essa expressão está errada, porque caráter todos têm. Ele pode ser mau ou bom. Acho que aqui se quis dizer “relacionados a mau-caratismo.”
- 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 largo 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.

#### **Saiba que...**

Na América Latina, em torno de 16% dos anos potenciais de vida útil perdidos o são em decorrência do consumo de álcool. Esse índice é quatro vezes mais alto que no restante do mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (O'CONNOR, 2009).

Com o objetivo de tornar as ações mais eficazes e eficientes, a Equipe Verde estruturou os princípios para a elaboração de seu protocolo de abordagem ao alcoolismo, após sucessivas reuniões de equipe, conforme demonstrado no Quadro 9.

#### **Quadro 9 - Princípios para elaboração de protocolo de abordagem do alcoolismo.**

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 usuário 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 usuários 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 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, quais sejam 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, contando, assim, com os profissionais do NASF e as redes sociais.

**Para aprofundar seus conhecimentos sobre alcoolismo e outras drogas, consulte:**

Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (<<http://www.abead.com.br>>);

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (<<http://www.senad.gov.br>>); e O Módulo de Saúde Mental (PEREIRA *et al.* 2013).



## Parte 6

# 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 que 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; TAVARES, 2005).

A ITU pode comprometer o trato urinário inferior, neste caso, denominada ITU baixa ou cistite, ou afetar simultaneamente o trato superior e inferior, nesse caso denominada de ITU alta ou pielonefrite, ocasionando bacteriúria sintomática ou assintomática.

Quanto à forma de apresentação, as ITUs 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 organismo reaparece; ou reinfecção, quando o organismo é erradicado pelo tratamento e, após sua suspensão, novo agente é identificado. Regra geral, essa última condição é mais frequente que a recidiva (LOPES; TAVARES, 2005; BARROS; THOMÉ, 2004).

Vários fatores predis põem 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 ITUs 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 ITUs do idoso e de crianças (BARROS; THOMÉ, 2004; LOPES; TAVARES, 2005).

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 da infecção urinária se tornar complicada, tais como: fatores obstrutivos, doenças metabólicas, imunodeficiências, infecção refratária ao tratamento e infecções em homens.

### **Diagnóstico laboratorial de ITU não complicada**

Na maioria dos casos de ITUs 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 et al., 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; TAVARES 2005).

Diante dos fatores de risco assinalados, são recomendados investigação orientada e exames complementares adicionais.

### **Tratamento de ITU não complicada**

Evidências demonstram que tratamentos de curta duração na cistite não complicada, em pessoas imunocompetentes, são bastante eficazes.

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 UFC/mL da mesma bactéria em duas amostras consecutivas de urina, na mulher assintomática, sexualmente ativa, não grávida, sem fatores de risco (BARROS; THOMÉ, 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).

O protocolo das Sociedades Brasileira de Infectologia e Brasileira de Urologia (2005) refere que esquemas utilizando antibacterianos cotrimoxazol, fluorquinolonas ou fosfomicina/trometamol, com duração de três dias, em geral, têm eficácia superior a 90% nas cistites não complicadas. Atendendo a critérios de disponibilidade, custo e efeitos adversos, tal protocolo recomenda:

Tratamento da ITU não complicada na mulher jovem, regime de três dias

- Sulfametoxazol/trimetoprima: dois comprimidos (400 mg / 80 mg), de 12/12h.
- Norfloxacino: um comprimido (400 mg), de 12/12h.
- Ciprofloxacino: um comprimido (500 mg), de 12/12h.

Esquemas alternativos para tratamento da ITU não complicada na mulher jovem

- Amoxicilina: um comprimido (500 mg), de 8/8h, durante três dias.
- Cefalexina: um comprimido (500 mg), de 6/6h ou 8/8h, durante três dias.
- Nitrofurantoína: um comprimido (100 mg), de 6/6h, durante sete dias.
- Ácido pipemídico: um comprimido (400 mg), de 12/12h, durante sete a 10 dias.

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 caso haja suspeita de ITU complicada.

Nos casos de ITUs 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. Nestes casos, frente ao 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.

### **Prevenção de ITU em mulheres**

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.

## Parte 7

# 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.

### 1. Recomendações para diagnóstico e seguimento

Para diagnóstico e seguimento nos casos de HAS podem ser usados os dados do Quadro 10.

**Quadro 10. Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação\***

Pressão arterial inicial (mmHg)**		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano Estimular mudanças de estilo de vida
130–139	85–89	Reavaliar em 6 meses*** Insistir em mudanças do estilo de vida
149–159	90–99	Confirmar em 2 meses*** Considerar MAPA/MRPA
160–179	100–109	Confirmar em 1 mês*** Considerar MAPA/MRPA
≥ 180	≥ 110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***

Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

MAPA - monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA - monitorização residencial da pressão arterial. \* Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente. \*\* Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo mais alto nível de pressão. \*\*\* Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo).

## 2. Avaliação clínica e laboratorial

### Objetivos da avaliação clínico-laboratorial

- 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, solicite que trague receitas anteriores e todos os remédios que já tenha tomado e guarda em casa.

### Exame físico

O exame físico (Quadro 11) deve ser minucioso, buscando-se sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo e de hipertensão secundária. Dados relevantes do exame físico:

#### Quadro 11 - Exame físico no paciente hipertenso

##### Sinais vitais: aferição da pressão arterial e frequência cardíaca

##### Medidas antropométricas:

Obtenção de peso e altura e cálculo do índice de massa corporal [IMC = peso (kg)/altura(m<sup>2</sup>)].

Sobrepeso: IMC de 25 a 30 kg/m<sup>2</sup>;

Obesidade: IMC igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

Circunferência da cintura (C = no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral):

Mulheres: até 88 cm;

Homens: até 102 cm.

**Inspeção**

Exame do pescoço

Exame do precórdio

Exame do pulmão

Exame do abdome

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  $\geq 70$  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.

**Exame neurológico sumário**

Fundo de olho

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007, p. ???).

Avaliação laboratorial: vamos revisar a 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. Existem várias maneiras de se calcular a TFG e uma delas é pela equação ou fórmula de Cockcroft e Gault (1976). A doença renal crônica é definida e classificada pela medida da TFG.

Equação de Cockcroft-Gault

$$TFG \text{ (mL/min.)} = \frac{(140 - \text{idade em anos}) \times \text{peso em kg}}{72 \times \text{creatinina sérica (mg/dL)}}$$
  
(Para mulheres, multiplicar o resultado por 0,85).

Estadiamento da doença renal crônica (DRC)

Quadro 12 - Estadiamento da DRC 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
4	Lesão renal com TFG severamente diminuída	15-29
5	IRC estando ou não em TRS	<15

Fonte: Kirsztajn *et al.* (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 acompanhada 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** (KIRSZTAJN *et al.* 2011, p. 4, grifo nosso).

### 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.

### 3. Definindo a terapêutica na hipertensão arterial

Veja no Quadro 13 os parâmetros para a decisão terapêutica levando-se em conta a estratificação de risco e os níveis pressóricos.

**Quadro 13 - 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 LOAs ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
<b>Pré-hipertensão</b>	MEV	MEV	MEV*
<b>Hipertensão estágio 1</b>	MEV (até 12 meses)**	MEV (até seis meses)	MEV + Terapia medicamentosa
<b>Hipertensão estágio 2</b>	MEV + Terapia medicamentosa	MEV + Terapia medicamentosa	

Fonte: Brasil (2006e, p. 19).

\* 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.

#### **Tratamento não medicamentoso**

**Quadro 14 - 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 <sup>2</sup> )	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 Dietary Approaches to Stop Hypertension (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 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/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p. 19).

\* Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

## 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

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 15.

**Quadro 15 - Classes de anti-hipertensivos mais comumente disponíveis nas Unidades de Atenção Básica**

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
		Espironolactona	25	100	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.	Alfametilidopa	500	1.500	1-3
		Clonidina	0,1	2,4	1-3
Beta-bloqueadores (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
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC)	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.	Anlodipina	2,5	10	1

**Quadro 15 - Classes de anti-hipertensivos mais comumente disponíveis nas Unidades de Atenção Básica (continuação)**

Classe	Mecanismo de ação	Principais representantes	Dose inicial (mg)	Dose máxima (mg)	Número de tomadas/dia
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	10	1

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 23-27).

\* Dose máxima variável de acordo com a indicação médica.

\*\* Preferencialmente não devem ser usados como monoterapia, devendo, portanto, ser associados a outros anti-hipertensivos. Podem induzir o aparecimento de tolerância, o que exige o uso de doses gradativamente crescentes.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão:

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. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, beta-bloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina (ARA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos. Esse benefício é observado com a redução da pressão arterial per se e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, p. 22).

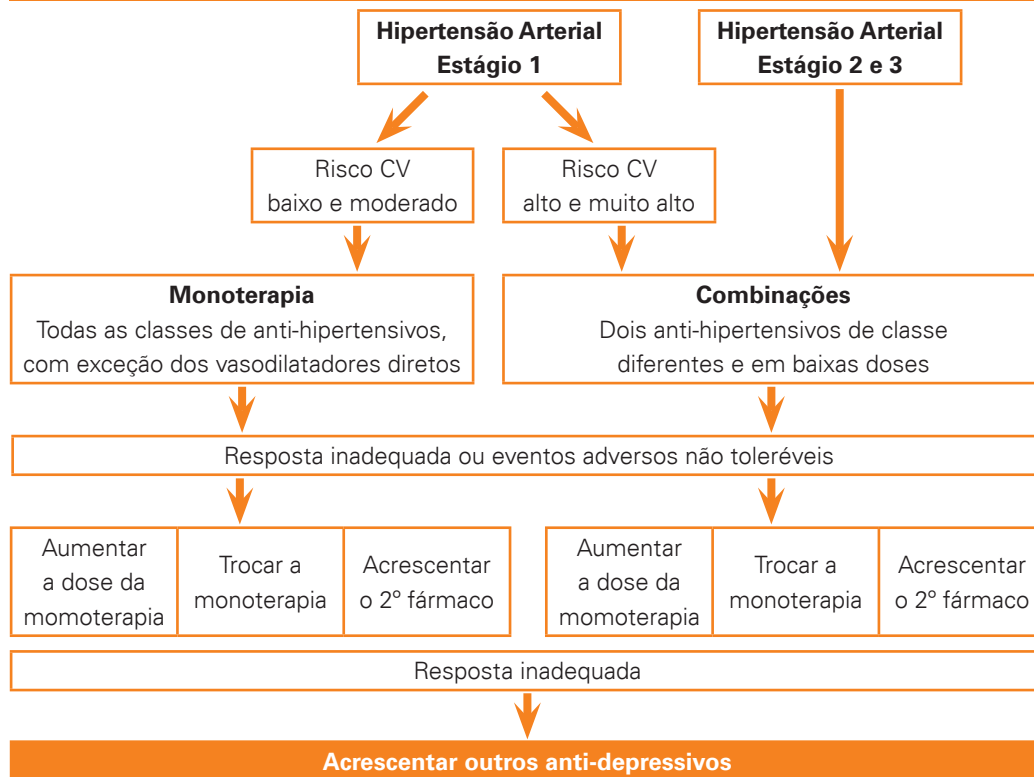
## 2. Monoterapia ou terapia combinada?

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 4 ilustra o fluxograma para o tratamento medicamentoso, com monoterapia ou combinação, da hipertensão arterial sistêmica.

**Figura 4 - Fluxograma para o tratamento da hipertensão arterial**



Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 28).

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 16 orienta sobre o uso de anti-hipertensivos em algumas dessas situações.

**Quadro 16 – Escolha do anti-hipertensivo conforme situações especiais**

Situações Especiais	Drogas Recomendadas					
	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 AVC recorrente	X		X			

Fonte: The Seventh Report of The Joint National Committee (JOINT VII, 2004, p. 18).

BB: Beta-bloqueadores; 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; AVC: acidente vascular cerebral

### 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 17) após medidas não farmacológicas. Nas pessoas de alto risco, as medidas não farmacológicas e o tratamento com hipolipemiantes devem ser iniciados simultaneamente.

**Quadro 17 - 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 (2007, p. 10).

MEV: modificação do estilo de vida.

As metas terapêuticas para o uso de hipolipemiantes são consideradas no Quadro 18.

**Quadro 18 - Metas para terapêutica preventiva com hipolipemiantes**

Risco em 10 anos		Meta terapêutica (mg/dL)	
		LDL-Colesterol	Não HDL-Colesterol
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
		HDL-Colesterol	Triglicérides
Homens		≥ 40	< 150
Mulheres		≥ 50	< 150
Diabéticos		≥ 50	< 150

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007, p. 10).



## Parte 8

# 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 19.

Quadro 19 - 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/m2 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 inclui: <ul style="list-style-type: none"><li>• Diabetes mellitus;</li><li>• Dislipidemias: Triglicérides &gt; 150 mg/dL;</li><li>• LDL colesterol &gt; 100 mg/dL; HDL &lt; 40 mg/dL Tabagismo.</li></ul>

Fonte: Modificado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 1-2).

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 20), bem como consolidar a estratificação de risco cardiovascular global (Quadro 21).

**Quadro 20 - Identificação de lesões subclínicas de órgãos-alvo**

<b>Coração e vasos</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Ultrassom de carótida: pacientes com sopro carotídeo, com sinais de doença cerebrovascular ou com doença aterosclerótica em outros territórios.</p> <p>Teste ergométrico: suspeita de doença coronariana estável, diabetes ou antecedente familiar para doença coronariana em paciente com pressão arterial controlada.</p> <p>Investigação de hipertensão secundária, quando indicada pela história, exame físico ou avaliação laboratorial inicial.</p> <p>Avaliação periódica do colesterol e triglicérides.</p>
<b>Rins e diabetes mellitus</b>	<p>Clearance de creatinina</p> <p>Microalbuminúria ou relação albumina/creatinina</p> <p>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.</p> <p>Exame periódico do fundo de olho.</p>

Fonte: Modificado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 12).

**Quadro 16 – Escolha do anti-hipertensivo conforme situações especiais**

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, p. 13).

\*: Diabetes mellitus, dislipidemias.

LOA: lesão de órgãos-alvos; 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 determinada 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 22 ilustra a indicação de risco de infarto e/ou de doença coronariana de acordo com o ERF.

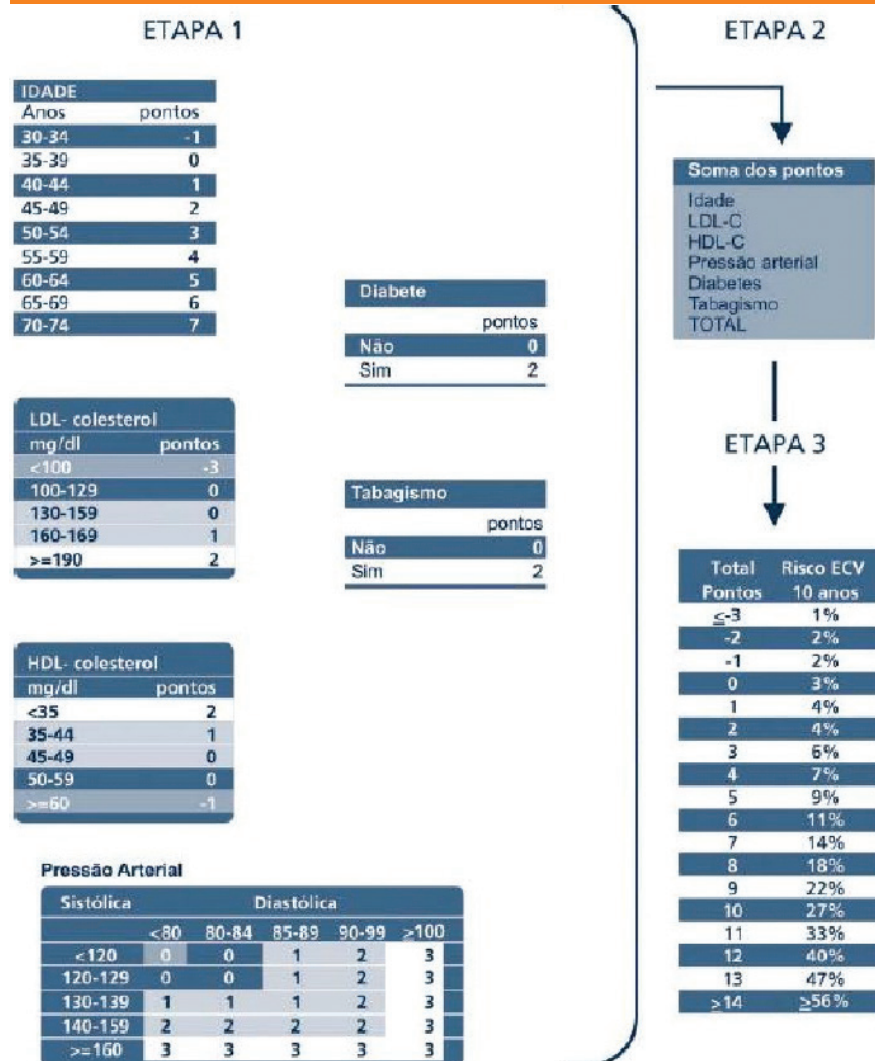
**Quadro 22 - Classificação de risco coronariano pelo escore de risco de Framingham**

Categoria de risco	Risco coronariano em 10 anos *
Baixo	Menor que 10%
Moderado	De 10 a 20%
Alto	Maior que 20%

Fonte: Brasil (2006e, p. 19).  
\* Infarto ou morte por doença coronária.

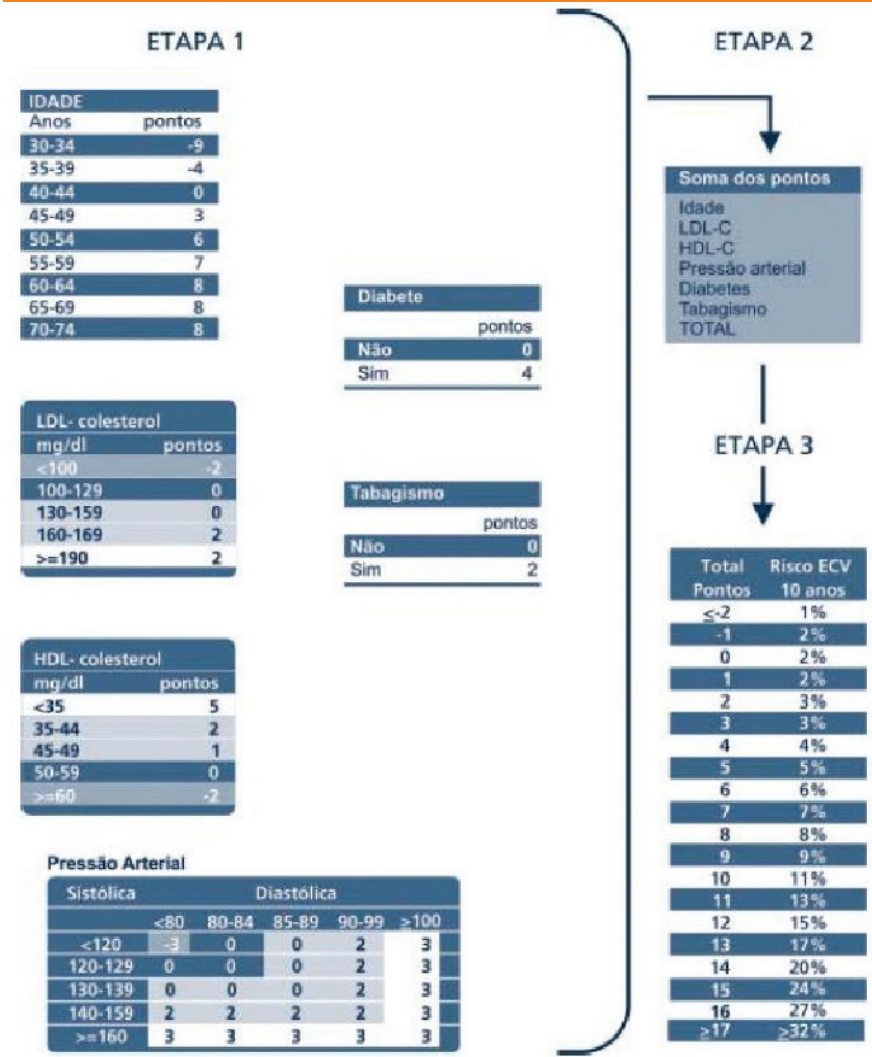
Vale ressaltar que testes laboratoriais e de imagem para a detecção de aterosclerose subclínica não são preconizados rotineiramente como ferramentas na estratificação de risco, mas podem ser incorporados em pessoas que sejam considerados de risco intermediário segundo o escore de Framingham ou que possuam indicadores de risco.

Figura 5 – Escore de Framingham revisado para homens



Fonte: Brasil (2006a, p. 21).

Figura 6 - Escore de Framingham para mulheres



Fonte: Brasil (2006a, p. 22).

De quem 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, 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 de Framingham 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 23, os critérios para identificação de pessoas com alto risco cardiovascular e os fatores agravantes de risco.

### Quadro 23 - 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 macroalbuminúria ( $> 30$   $\mu$ 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, p. ???).

## Parte 9

### 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 expansão da 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.

Assim, a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas (Quadro 24):





1. DM tipo 1.
2. DM tipo 2.
3. *Diabetes mellitus* gestacional.
4. Outros tipos específicos de DM.



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. É garantia do acompanhamento eficaz e criterioso da pessoa com diabetes, com hiperglicemia ou portadora de fatores de risco (Figura 24).

**Quadro 24 – 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).

### **Rastreamento de diabetes na população assintomática. Quando?**

Segundo a Associação Americana de Diabetes (2011), os critérios para rastreamento em adultos assintomáticos são descritos a seguir. não está no cap Ref

1. O rastreamento de DM deve ser considerado em todos os pacientes que estão acima do peso (IMC igual ou maior que 25 kg/m<sup>2</sup>) e que tenham um ou mais dos fatores de risco adicionais:

- Inatividade física.
- Parente de primeiro grau com diabetes.

- Membros de uma população étnica de alto risco.
- História de diabetes gestacional ou mãe de criança com peso ao nascimento > 4 kg.
- Hipertensão arterial ( $\geq 140/90$  mmHg ou em tratamento de hipertensão).
- HDL < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL.
- Mulher com síndrome dos ovários policísticos.
- Outras condições clínicas associadas à resistência à insulina (ex.: obesidade grave (IMC > 40), acanthosis nigricans).

2. Na ausência dos critérios, o rastreamento de diabetes deve iniciar-se aos 45 anos de idade.

3. 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 25).

**Quadro 25 - Valores de glicose plasmática (em mg/dL) e HbAc1 (%) para diagnóstico, estágios pré-clínicos e alto risco para desenvolvimento de *diabetes mellitus***

Categoria	Glicemia de jejum*	Glicemia 2h após 75 g de glicose, por via oral (TOTG)**	Glicemia casual***	HbAc1
Glicemia normal	< 100	< 140		
Tolerância diminuída à glicose	> 100 a < 126	$\geq 140$ a < 200		
Alto risco				$\geq 5,7$ a < 6,4
<i>Diabetes mellitus</i>	$\geq 126$	$\geq 200$	$\geq 200$ , com sintomas clássicos ****	> 6,5*****

FONTE: adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes (2013, p. 10).  
Nota. O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM. HbAc1: Hemoglobina glicosilada.  
\*o jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo oito horas; \*\*para realização do TOTG algumas considerações devem ser levadas em conta: período de jejum entre 10 e 16 horas; ingestão de pelo menos 150 g de carboidratos nos três dias anteriores à realização do teste; atividade física normal; utilizar 1,75 g de glicose por quilograma de peso até o máximo de 75 g; \*\*\* Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição; \*\*\*\* Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso; \*\*\*\*\* dosagem a ser confirmada em outra coleta, dispensável em caso de sintomas ou glicemia acima de 200 mg/dL.

## 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.

## TRATAMENTO DO *DIABETES MELLITUS*

O tratamento do DM2 envolve uma série de cuidados não medicamentosos e o tratamento medicamentoso.

### 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...

Para saber mais sobre orientação nutricional e atividade física no diabetes, consulte o Caderno de Atenção Básica - *Diabetes mellitus* (BRASIL, 2006f), disponível no site: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad16.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf)>

### **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.

### **Tratamento medicamentoso**

Quando o paciente com DM2 não responde ou deixa de fazê-lo 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.

### **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 26 mostra a correlação entre o nível de A1C e os níveis médios estimados de glicemia – glicemia média estimada (GME), vigente nos dois a três meses 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 26 - Correlação entre os níveis de HbA1c a GME**

HbA1C (%)	GME	
	mg/dL	mmol/dL
6	126	7,0
6,5	140	7,8
7	154	8,6
7,5	169	9,4
8	183	10,1
8,5	197	10,9
9	212	11,8
9,5	226	12,6
10	240	13,4

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2013, p. 112).

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 7% 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 7% 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) em pacientes diabéticos está recomendado nas seguintes situações, embora:

- 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.

### **Saúde bucal e *diabetes mellitus***

Algumas alterações bucais podem se constituir em sinal clínico do diabetes não diagnosticado ou malcontrolado, 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 a mesma.

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.).

## Tratamento de complicações agudas do diabetes

### a) 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.

**b) 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 27 sintetiza as instruções para pacientes, familiares e profissionais para o imediato tratamento da hipoglicemia.

**Quadro 27 - Tratamento imediato da hipoglicemia.**

Paciente	<div>1. Ingerir 10 a 20 g de carboidrato de absorção rápida.</div> <div>2. Repetir em 10 a 15 minutos se necessário.</div>
Amigo ou familiar	<div>1. Se o paciente não conseguir engolir, não forçar: injetar glucagon, 1 mg, por via subcutânea (SC) ou intramuscular (IM).</div> <div>2. Crianças &lt; 3 anos, dar 1/2 dose.</div> <div>3. Se não for disponível, colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e levar o paciente imediatamente a um serviço de saúde.</div>
Serviço de saúde	<div>1. Se houver sinais de hipoglicemia grave, administrar glucagon ou 20 mL de glicose a 50% e manter veia com glicose a 10% até recuperação plena da consciência ou até a glicemia &gt; 60 mg/dL.</div> <div>2. Manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina.</div> <div>3. Pacientes que recebem sulfonilureias (especialmente clorpropamida e glibenclamida) devem ser observados por 48 a 72h para detectar possível recorrência.</div>

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2013, p. 112).



## Complicações crônicas do diabetes

### a) 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.

### b) 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.

**c) 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 28).

**Quadro 28 - 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 ≤ 100 mg/dL e ≤ 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.

**d) 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 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 direto 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.

#### **e) 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 (veja mais sobre esse teste no caso: “Já vem Dona Edilene de novo...”).

#### **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

## Conclusão do módulo

O campo de estudo em relação à saúde do adulto é extenso. Neste módulo 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 parte integrante do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, os profissionais têm a oportunidade de acesso a outros módulos que tratam das necessidades do adulto, como a Saúde da Mulher (COELHO; PORTO, 2013), Educação Física: Atenção à Saúde do Adulto (MYOTIN; BORGES, 2011), Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto (PALMIER *et al.*, 2008), Saúde Mental (PEREIRA *et al.* 2013). 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 módulo 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

### Referências citadas

ALVES, R. **Escutatória**. Disponível em: <[http://www.rubemalves.com.br/10mais\\_03.php](http://www.rubemalves.com.br/10mais_03.php)>. Acesso em: 14 fev. 2013.

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](http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S64.full.pdf+html)>.. Acesso em: 13 ago. 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2009. **Diabetes Care**; 23, suppl. 1, p. S13-S61, 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2010. **Diabetes Care**, v. 33, suppl. 1, p. S11-S61, 2010.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias**. São Paulo, 2001. (Projeto Diretrizes). Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/072.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/072.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2011.

ATKINS, D.O. Exame periódico de saúde. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 76-81, 2009.

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. Relatório do Grupo Técnico Assessor do Ministério da Saúde para Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde.



BARROS, E.; THOMÉ, F. Infecção urinária em adultos. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências**. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, cap. 154, p. 1402-1408, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário de vacinação do adulto e do idoso**. Brasília [s.d.a]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1448](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **Declaração de óbito: documento necessário e importante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 40 p., il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_de\\_obito\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf)>. Acesso em: 04 ago. 2011.

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, 2006a. 56 p. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 14. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 188 p.: il. – (Série A. Normas Técnicas). Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro\\_cries\\_3ed.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf) >. Acesso em: 14 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad12.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 51 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2012.>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Princípios e diretrizes)**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_homem.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf). Acesso em: 12 nov. 2012.

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](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacinação**. Brasília, 2010b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1448](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448)> Acesso em: 10 ago. 2010.

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/DF, 2011.

BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Hipertensão arterial e doenças do aparelho circulatório: enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Manole, 2006.

BUCHNER, D.M. Atividade física. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Textbook of Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 81-85, 2009.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012, 118 p.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, **Putting prevention into practice**. Disponível em: <<http://www.canadiantaskforce.ca>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

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, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 142p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf). Acesso em: 13 ago. 2011.

CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, II - DPOC – 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, supl. 5, nov. 2004. Disponível em: < [http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple\\_124\\_40\\_DPOC\\_COMPLETO\\_FINALimpresso.pdf](http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_124_40_DPOC_COMPLETO_FINALimpresso.pdf) >. Acesso em: 13 ago. 2011.

DIAS, R.B.; PEREIRA, A.A. (org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica**. Nescon/UFMG. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. Série Nescon de Informes Técnicos, n. 3. Disponível em: <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Diretrizes\\_clinicas\\_para\\_atuacao\\_em\\_saude\\_mental\\_na\\_atencao\\_basica\\_2/120](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Diretrizes_clinicas_para_atuacao_em_saude_mental_na_atencao_basica_2/120)>. Acesso em: 13 ago. 2011.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FARIA, H.P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção primária à saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68 p.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009, 68 p.

FILGUEIRAS, S.L.; FERNANDES, N.M.; GONÇALVES, J.E.M. (org.). **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS:** diretrizes e procedimentos básicos. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília [s.d.]: Ministério da Saúde. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074\_01aconselhamento.pdf - Similares>. Acesso em: 12 dez. 2011.

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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Um panorama da saúde no Brasil**. IBGE, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

KLÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida:** memórias do viver e do morrer. Rio de Janeiro: Sextante, 1998. 313 p.

LOPES, H.V.; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 6, nov.-dec. 2005.

LOTUFO, P. A. **A mortalidade precoce por doenças crônicas nas capitais de regiões metropolitanas do Brasil**. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996. 151 p. Disponível em: <[http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1125&context=paulo\\_lotufo](http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1125&context=paulo_lotufo)>. Acesso em 22 ago. 2010.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina 5: Acolhimento e classificação de risco Belo Horizonte. Belo Horizonte: ESPMG, 2008. Disponível em: <[http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/Implanta%C3%A7ao-PDAPS-Oficina-5\\_080210\\_BAIXA.pdf](http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/Implanta%C3%A7ao-PDAPS-Oficina-5_080210_BAIXA.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/manuais/prontuarios-de-saude-da-familia/prontuarios-de-saude-da-familia/Manual%20do%20Prontuario%20de%20Saude%20da%20Familia.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**. Oficina 4: A organização da demanda espontânea. Belo Horizonte: SES, 2010. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saudef&tax=19981&lang=pt\\_BR&pg=5571&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saudef&tax=19981&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&). Acesso em: 13 ago. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Saúde em casa**. Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte, SES, 2006. Disponível em [http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha\\_guia\\_saudef\\_mental.pdf](http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saudef_mental.pdf). Acesso em: 13 ago. 2011.

MYOTIN, E.; BORGES, K.E.L. **Educação Física: atenção à saúde do adulto**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 67 p. Disponível em: <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo\\_1/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo_1/3)>. Acesso em: 13 ago. 2011.

O'CONNOR, P.G. Abuso de dependência de álcool. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, R.A. (coord. inst.). 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](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2011

ORENSTEIN, W.A. Imunização. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, , 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/gf.facts.shtml>>. Acesso em: 05 jul. 2010.

PALMIER, A.C. *et al.* **Saúde bucal:** aspectos básicos e atenção ao adulto. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 72 p.

PEREIRA *et al.* **Saúde mental.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Nescon/UFMG. Belo Horizonte: Nescon/UFMG., 2013. 99p

PHILIPPI, S.T. *et al.* Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, v. 12, n. 1, p. 65-80, jan.-abr. 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.

POMPEO, A.C. *et al.* **Projeto Diretrizes:** infecção urinária no idoso. Sociedade Brasileira de Urologia, cidade?, 2004.

RORIZ-FILHO, J.S. *et al.* Infecção do trato urinário. **Medicina**, v. 43, n. 2, p. 118-25, 2010.

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: 14 ago. 2011.

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>> Acesso em: 05 jul. 2010.

SILVEIRA, A.M. **Saúde do trabalhador.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009, 96 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, s. I, abr. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo. v. 84, Supl. I, abr. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, 1 supl.1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, s. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 60, n. 1, p. 159-169, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2002000100030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100030)>. Acesso em: 18 set. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2012-2013**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. 385 p.

SOUZA, M.A. **Educação de jovens e adultos**. 1. ed. Curitiba: IBPEX, 2007, 143 p.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

THE SEVENTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE (Joint VII). **Prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure**. The JNC 7 report. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004, 86p. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>>

TWAIN, M. **The tragedy of Pudd'nhead Wilson**, 1894. Disponível em: <<http://www.gutenberg.org/files/102/102-h/102-h.htm>> Acesso em: 15 fev. 2013.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). **Prevention and care management**. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 72 p.

WANNMACHER, L. **Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas**. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde - Brasil, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n1\\_antibacterianos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n1_antibacterianos.pdf)>. Acesso em: 10 de ago. 2010.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 84 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

WHORD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief, with a guide to opioid availability**. Word Health Organization, 1996. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37896/1/9241544821.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2010.

WOOLF, S.H. Princípios da atenção preventiva à saúde. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicine**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 73-76.

### Referências consultadas

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de DST/AIDS. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS. Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Brasília, [s.d. c]. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074\\_01aconselhamento.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2011.



DUNCAN, B.B.; SILVA, O.B.; POLANCZYCK, C.A. Prevenção Clínica das Doenças Cardiovasculares. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 604-17.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Textbook of Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.81-85, 2009.

OLIVEIRA, M.T.C.; PINTO, V.H. Atenção à saúde do adulto: HIV/AIDS. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em casa**. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 68 p.

SMITS, F.M. *et al.* Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. **BMC Public Health**, v. 9, n. 36, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19166622>>. Acesso em: 02 jul. 2010.

VIEGAS, C.A.A. *et al.* (coord.). Diretrizes para controle do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 30, supl. 2, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 ago. 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Dependence. **The Alcohol Use Disorders Identification Test**. Guidelines for Use in Primary Care. 2nd. ed. World Health Organization, 2001. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2011.



# Apêndice

# Glossário

## Termos importantes na atenção primária à saúde do adulto

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 crack) após um período de consumo contínuo, gerando sintomas desagradáveis. 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, contribuindo, portanto, para o uso repetido.
Alucinógeno	São substâncias psicoativas que estimulam o SBC alterando a percepção da realidade do usuário, 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 musculoesqueléticos, 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 fazem 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).

<b>Demanda</b>	Refere-se às necessidades, às dúvidas, às preocupações, às angústias, aos medos, etc., manifestos ou latentes, vivenciados durante o atendimento.
<b>Dependência química</b>	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.
<b>Dependência física</b>	É um estado de adaptação do corpo manifestado por transtornos físicos quando o uso da droga é interrompido.
<b>Dependência psíquica</b>	Constitui uma compulsão ao uso da droga, buscando o indivíduo obtenção de prazer ou diminuição do desconforto.
<b>Droga psicoativa</b>	É uma substância química que, quando ingerida, modifica uma ou várias funções do sistema nervoso central (SNC), produzindo efeitos psíquicos e comportamentais.
<b>Escuta ativa</b>	Essa ligação 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.
<b>Euforizantes</b>	São drogas capazes de acelerar o funcionamento do cérebro, trazendo exagerado estado de alerta, insônia e hiperexcitabilidade.
<b>Exercício físico</b>	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.
<b>Falso-negativo</b>	Um teste com resultado negativo de uma pessoa que está realmente infectada.
<b>Falso-positivo</b>	Um teste com resultado positivo de uma pessoa que não está realmente infectada.
<b>Fobias</b>	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.
<b>Imunização ativa</b>	É a aquisição de proteção imunológica contra uma doença infecciosa, pela indução ao aumentar a resistência de uma pessoa. É administrada por meio de vacina, usada para induzir a imunidade ativa: sua administração resulta numa resposta biológica ativa de produção de anticorpos específicos, protetores contra futuras infecções pelo mesmo microrganismo. A imunidade ativa dura muitos anos.
<b>Imunização passiva</b>	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.
<b>Imunoprevenção</b>	É a utilização da imunização ativa ou passiva na prevenção de doenças infecciosas.

<b>Integralidade</b>	De risco e da adoção de práticas preventivas e de apoio emocional, no contexto da relação entre o profissional de saúde e o cliente, é o resgate da condição do cliente como pessoa total com corpo, mente, emoções, história.
<b>Janela imunológica</b>	Tempo que o sistema imunológico leva para produzir anticorpos suficientes que possam ser detectados pelo teste anti-HIV.
<b>Período de latência</b>	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.
<b>Pós-teste</b>	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.
<b>Pré-teste</b>	É a sessão de aconselhamento que antecede o teste e ajuda o cliente a decidir se irá realizá-lo ou não.
<b>Psicotrópicos</b>	São aquelas que agem no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração.
<b>Reabilitação psicossocial</b>	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: habitat, rede social e trabalho com valor social.
<b>Rebote</b>	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 que no início da doença. Isso é muito comum na enxaqueca.
<b>Recaída</b>	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.
<b>Recursos internos</b>	Bagagem vivencial e emocional de cada pessoa para resolver mitos, crenças e sentimentos.
<b>Relações intersubjetivas</b>	Relações entre sujeitos singulares a partir das quais realizam trocas de suas vivências subjetivas.
<b>Síndrome de abstinência</b>	Aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem uso de álcool ou outras drogas.
<b>Somatizações</b>	Queixas físicas frequentes, geralmente mutáveis no tempo, sem substrato fisiopatológico aparente.
<b>Soroconversão</b>	É o período em que anticorpos séricos, produzidos em resposta a uma infecção, tornam-se detectáveis por teste laboratorial. Pode ser imediata ou tardia.

<b>Testagem sorológica</b>	É a verificação, por meio de uma metodologia de testes laboratoriais, da presença ou não dos anticorpos no sangue (por exemplo, anti-HIV).
<b>TOC (transtorno obsessivo-compulsivo)</b>	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.
<b>Tolerância</b>	É a necessidade de beber cada vez maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos.
<b>Transgressões</b>	Quebra de normas e valores de determinada cultura.
<b>Uso abusivo</b>	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.
<b>Uso nocivo de álcool e drogas</b>	A definição de uso nocivo (CID-10) baseia-se nos seguintes critérios: <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2. a natureza do dano é claramente identificável;</li> <li>3. o padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses;</li> <li>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 usuário. 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.</li> </ol>
<b>UMA: unidades maço ano</b>	UMA = anos de fumador x número de cigarros dia/20
<b>Vício</b>	Hábito repetitivo que degenera ou causa algum prejuízo ao viciado e aos que com ele convivem.
<b>Vínculo</b>	É a ligação afetiva que pode ser gerada no encontro de duas ou mais pessoas.







---

## Apoio



Ministério  
da Educação



Ministério da  
Saúde



---

## Realização

