



DR. ARTHUR AMÉRICO
MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
CRM TO 3614 · RQE 2296

e-book

**Preventiva:
Uma abordagem do
que você realmente
precisa saber.**

Sumário

INTRODUÇÃO.....	03
1 ADULTOS	
1.1 Avaliação e rastreamento de risco cardiovascular.....	04
1.2 Rastreamento de dislipidemia.....	05
1.3 Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS).....	07
1.4 Rastreamento de Diabetes mellitus tipo II.....	08
1.5 Rastreamento de tabagismo.....	10
1.6 Rastreamento de abuso de álcool.....	11
1.7 Rastreamento de obesidade.....	12
2 CRIANÇAS	
2.1 Rastreamento de anemia falciforme em recém-natos (RN)....	13
2.2 Rastreamento de hipotireoidismo congênito.....	14
2.3 Rastreamento de fenilcetonúria.....	15
2.4 Teste da orelhinha.....	16
2.5 Rastreamento para detecção da ambliopia, estrabismo e defeitos da acuidade visual.....	17
3 DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER	
3.1 Rastreamento de câncer do colo do útero.....	18
3.2 Rastreamento de câncer de mama.....	20
3.3 Rastreamento de câncer da próstata.....	21
3.4 Rastreamento de câncer de cólon e reto.....	22
3.5 Rastreamento de câncer de pele.....	23
3.6 Rastreamento de câncer de boca.....	24
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 80% da população mundial sofrerá ao menos um episódio de dor nas costas (dorsalgias). A recorrência também é bastante comum. Isso faz desse problema um dos três motivos mais frequentes de visita ao médico. No entanto, a maior parte dos casos de dor nas costas não representa uma doença grave. Geralmente, são dores de curso benigno, com rápida recuperação e melhora com tratamentos e medidas simples. Cirurgias ou tratamentos mais complexos são uma exceção. Nesse e-book, que preparei especialmente para você, reuni todas as orientações necessárias sobre a estrutura da coluna e como mantê-la protegida de lesões e sobrecarga nas mais variadas situações do dia a dia, pois a prevenção é o caminho mais seguro a seguir.

1. Adultos

1.1. Avaliação e restreamento de risco cardiovascular

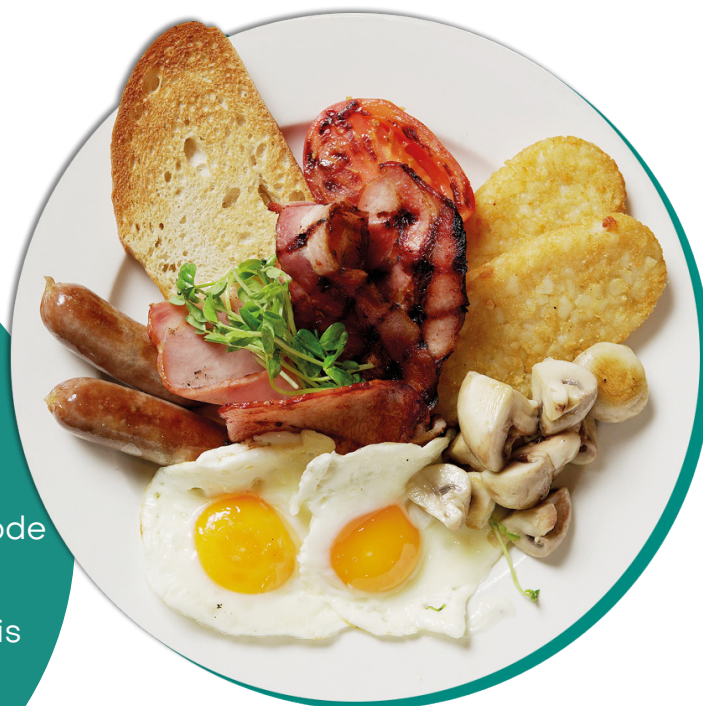
Para determinar o risco cardiovascular o médico inicialmente utiliza parâmetros da consulta, que são a anamnese (conversa com o paciente) e o exame físico. dados como gênero, idade, se é tabagista, história familiar de doença arterial coronariana (dac) prematura e assim por diante são importantes no rastreio, pois são fatores que predispõe a doenças cardiovasculares. quanto mais fatores associados, maiores os riscos e mais intensiva tem sido a recomendação terapêutica no sentido das metas a serem alcançadas de pa (pressão arterial), de ldl – colesterol ou hemoglobina glicada.



1.2. Rastreamento de dislipidemia

Por que é importante o rastreamento?

Existe boa evidência de que a dosagem dos lipídios séricos pode identificar homens e mulheres assintomáticas que são elegíveis para a terapia preventiva.



Quando é importante rastrear?

Rastreamento das desordens lipídicas em homens:

- >35 anos;
- Entre 20 e 35 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.

Recomenda-se em mulheres:

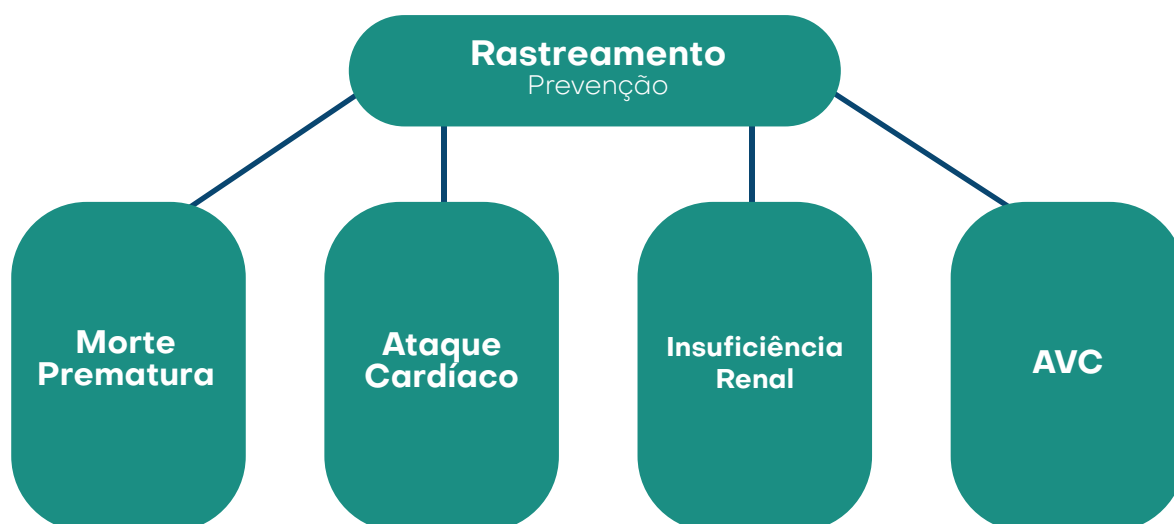
- >45 anos ao se enquadrarem como grupo de alto risco para doença coronariana;
- Entre 20 e 45 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.

Meta-análises relacionando o colesterol e DAC em pessoas idosas sugerem que este não constitui um fator de risco para DAC em pessoas acima de 75 anos de idade.

Em pacientes com 75 anos ou mais com DAC, a terapia para redução do colesterol deve ser mantida, como recomendado para pacientes mais jovens. A decisão de continuar com a terapia deveria levar em conta o status funcional global e a expectativa de vida, comorbidades e a preferência do paciente, bem como ser feita em um contexto de objetivos terapêuticos globais e decisão de fim de vida.



1.3. Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (has)



A aferição ambulatorial com esfigmomanômetro é a mais amplamente utilizada. A pressão alta (hipertensão) é usualmente definida em adultos como sendo a pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg.

Devido à variabilidade individual da medida da pressão arterial, é recomendado, para se realizar o diagnóstico, que se obtenham duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas.

1.4. Rastreamento de Diabetes mellitus tipo II



A prevalência da diabetes do tipo II está aumentando – aproximadamente 7% da população adulta brasileira tem esse problema

Critérios para rastreamento do DM2:

Indivíduos com idade < 45 anos; sugere-se rastreamento de DM2 em indivíduos com sobrepeso ou obesidade e que apresentem mais um fato de risco para DM dentre os seguintes:

- Pré-diabetes;
- História familiar de DM (parente de primeiro grau)
- Raça/etnia de alto risco para DM (negros, hispânicos ou índios Pima);
- Mulheres com diagnóstico prévio de DMG
- História de doença cardiovascular
- Hipertensão arterial:
- HDL-c <35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL:
- Síndrome de ovários policísticos;
- Sedentarismo;
- Acantose nigricans.

DM: diabetes mellitus DMG: diabetes mellitus gestacional; HDL-c colesterol da lipoproteína de alta densidade

A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL.





1.5. Rastreamento de tabagismo

Está recomendado o rastreamento do tabagismo em todos os adultos, incluídas as gestantes.

Por meio de abordagem breve com cinco passos (os cinco As):

- 1.** *Aborde quanto ao uso de tabaco;*
- 2.** *Aconselhe a abandonar o tabagismo por meio de uma mensagem clara e personalizada;*
- 3.** *Avalie a disposição em parar de fumar (grau motivacional para mudança de hábito);*
- 4.** *Assista-o(a) a parar;*
- 5.** *Arranje condições para o seguimento e suporte do paciente.*



1.6. Rastreamento de abuso de álcool

Recomenda-se o rastreamento e intervenções de aconselhamento na atenção primária para reduzir o uso inadequado de álcool em adultos, incluindo mulheres grávidas.

O abuso de álcool está fortemente associado com problemas de saúde, incapacidades, mortes, acidentes, problemas sociais e violência. Há boa evidência de que o rastreamento na atenção primária pode identificar adequadamente aqueles usuários cujos padrões de consumo de álcool atendem aos critérios de dependência alcoólica e, portanto, estão sob maior risco de morbidade e mortalidade

1.7. Rastreamento de obesidade

A obesidade está relacionada com doença coronariana, hipertensão arterial, DM II, acidente vascular cerebral, alguns tipos de câncer e com apneia do sono. Além disso, é associada à menor qualidade de vida devido ao estigma social e à menor mobilidade.

Não há recomendação clara sobre a periodicidade do rastreamento, assim ele fica indicado durante a consulta de exame periódico de saúde e é realizado por meio do cálculo do índice de massa corpórea (IMC), que corresponde ao peso (kg) dividido sobre a altura (metros) ao quadrado.

O valor do IMC é dividido nas seguintes categorias:

- IMC 25–29,9: sobrepeso;
- IMC > 30 é classificado como obesidade
- grau I (IMC 30–34,9)
- grau II (IMC: 35–39,9)
- grau III > 40.

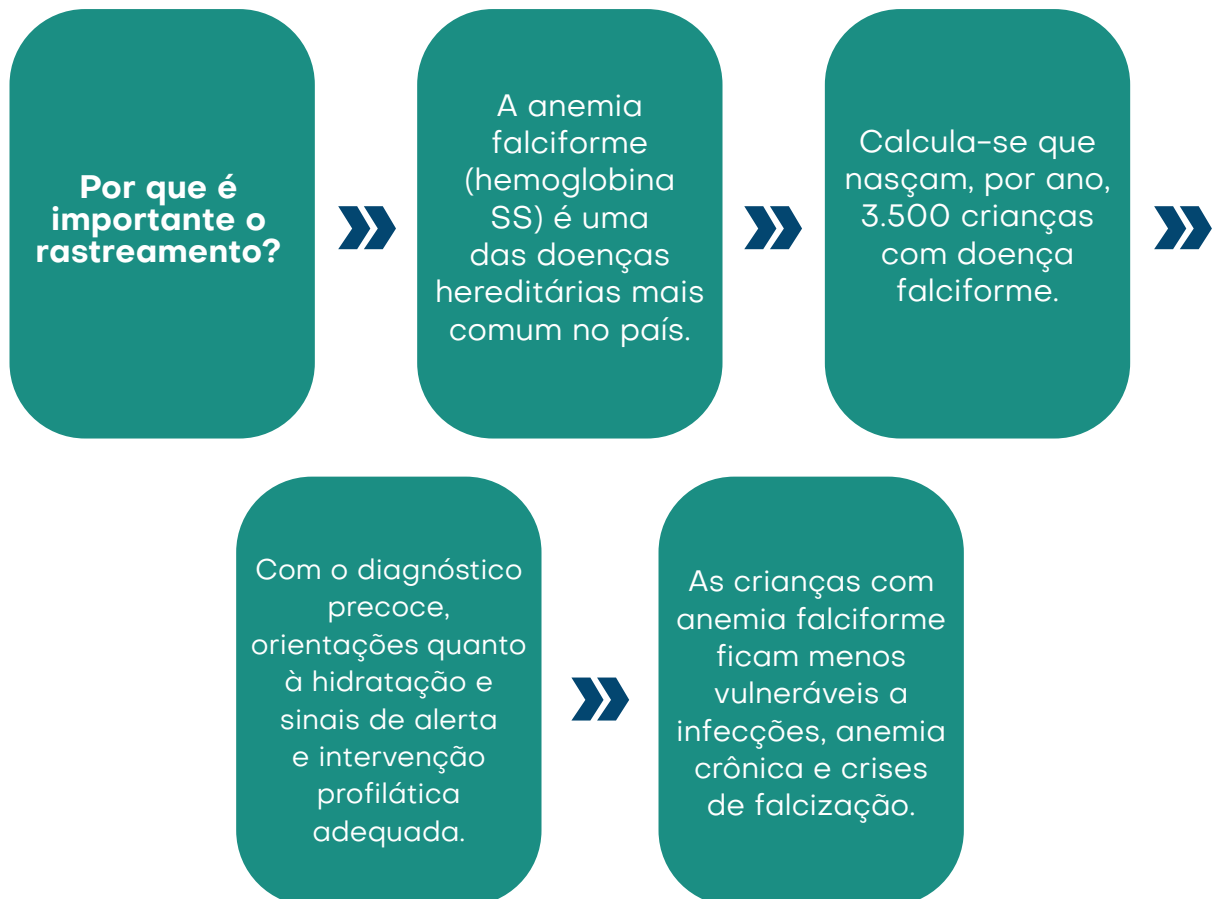
Após o cálculo do IMC, é importante que o profissional pense junto com a pessoa os

reflexos desse problema para seu dia a dia, observe o grau de motivação para mudança de hábitos e, a partir daí, organize o plano de intervenção com aconselhamento sobre dieta, exercício físico e, se necessário, intervenções comportamentais individuais ou em grupo.



2. Crianças

2.1. Rastreamento de anemia falciforme em recém-natos (RN)



Quando é importante rastrear?

Todas as crianças recém-nascidas deveriam ser submetidas ao teste de rastreamento independentemente do local de nascimento.

Em geral, a maternidade ou a unidade de saúde deveria fazer os arranjos necessários para que fossem obtidas as amostras de sangue e, na primeira consulta da criança na unidade de saúde (com médico ou enfermeira), deve-se verificar o resultado do rastreamento. Testes adicionais de confirmação, se necessários, não devem demorar mais do que dois meses.

2.2. Rastreamento de hipotireoidismo congênito

Por que é importante o rastreamento?

No Brasil, a incidência relatada é de aproximadamente um caso para cada 2.500 nascidos vivos. A importância do programa se justifica uma vez que, quando não diagnosticadas e tratadas precocemente, crianças com hipotireoidismo congênito apresentam desenvolvimento mental e crescimento seriamente afetados, sendo que o comprometimento da capacidade intelectual pode ser irreversível.

Os infantes deveriam ser testados entre o segundo e quarto dia de vida. Aqueles que recebem alta antes das 48 horas de vida deveriam ser testados imediatamente antes da alta ou na unidade de saúde. As coletas obtidas nas primeiras 24 a 48 horas de vida podem estar falsamente elevadas independentemente do método usado.

O teste é realizado dosando-se os níveis de T4 e/ou TSH coletados de sangue capilar por meio da punção do calcanhar da criança e fixados em um papel filtro, o chamado teste do pezinho.





2.3. Rastreamento de fenilcetonúria

Por que é importante o rastreamento?

A fenilcetonúria é um erro inato do metabolismo da fenilalanina que ocorre em um em cada 12 a 15 mil recém-nascidos no Brasil. Na ausência do tratamento durante a infância, a maioria das pessoas com essa desordem desenvolverá retardo mental severo.

Como realizar?

O teste é realizado pela coleta de sangue capilar por meio da punção do calcanhar da criança e fixado em um papel filtro, o chamado teste do pezinho. A triagem é realizada por meio da dosagem quantitativa da fenilalanina (FAL) sanguínea.

Quando é importante rastrear?

Para que o aumento da FAL possa ser detectado, é fundamental que a criança tenha tido ingestão proteica, portanto é recomendado que a coleta seja feita após 48 horas do nascimento dela, porém antes do

sétimo dia de vida. Mesmo crianças de risco, que ainda não tiveram contato com leite materno, podem colher material desde que estejam sob dieta parenteral (rica em aminoácidos essenciais).

Como interpretar o resultado?

Cabe ao profissional da equipe de Saúde da Família verificar se foi ou não realizado o teste do pezinho. Caso não tenha sido feito, deve ser possível realizar o teste na própria unidade de saúde ou, se necessário, encaminhar para serviço de referência. Caso o teste tenha sido positivo, verificar se as consultas subsequentes estão agendadas para fazer o seguimento da criança. É essencial que a restrição da fenilalanina seja instituída o mais precocemente possível para evitar efeitos deletérios sobre o desenvolvimento neurológico.

2.4. Teste da orelhinha

As crianças com perdas auditivas têm maiores dificuldades para desenvolvimento das habilidades de comunicações verbais e não verbais, assim como aumento de problemas comportamentais e redução de bem-estar psicossocial, além de apresentarem menor nível de aprendizado quando comparadas a crianças com audição normal. Existe boa evidência de que o teste de rastreamento é altamente preciso e conduz à identificação precoce e tratamento da perda auditiva nas crianças. O número necessário para rastrear dentro de um programa universal é



de 878 infantes para o diagnóstico de um caso.

Todas as crianças devem ser rastreadas (teste da orelhinha) antes de completar o primeiro mês de vida; idealmente na própria maternidade, antes da alta. Aqueles recém-nascidos cujo teste for positivo por meio do rastreamento deveriam ser submetidos à avaliação médica e fonoaudiológica antes dos três meses de idade para confirmação diagnóstica.

2.5. Rastreamento para detecção da ambliopia, estrabismo e defeitos da acuidade visual

Apesar das evidências ainda não estarem claras em relação aos testes mais adequados e à periodicidade deles, o rastreamento de dificuldades visuais é recomendado, embora as recomendações variem com relação aonde, como e quem.



O rastreamento está indicado em menores de cinco anos. Orienta-se que nas visitas de rotina da criança faça exame e avaliação da visão, de acordo com a idade, por meio da inspeção externa do olho e das pálpebras, verificação da mobilidade ocular, pupilas, reflexo do olho vermelho, este realizado com oftalmoscópio, avaliação de estrabismo por meio do teste de Hirschberg e do teste de cobertura alternada e a avaliação da acuidade visual por meio do Snellen.

Em relação à acuidade visual, deve-se realizar o teste a partir dos três anos de idade, usando-se tabela de figuras ou tabela do E. Já em relação ao estrabismo e ambliopia, o rastreamento pode ter início desde a primeira consulta, com o teste de cobertura alternada ou o teste de Hirschberg.

Qualquer alteração nos exames de rastreamento visual implica avaliação com médico oftalmologista para confirmação da alteração e, se necessário, seguimento do problema detectado.

3. Detecção precoce de câncer

3.1. Rastreamento de câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. Para o ano de 2010, foram estimados 18.430 casos novos de câncer do colo do útero e uma taxa bruta de incidência de 4,87/100 mil mulheres (INCA, 2009).

O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002).

Segundo as diretrizes brasileiras, o exame de Papanicolau deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente àquelas da faixa etária de 25 a 59 anos, definida como a população-alvo. Essa faixa etária é justificada por ser a de maior ocorrência das lesões pré-malignas de alto grau, passíveis de serem efetivamente tratadas e não evoluírem para câncer. Antes de 25 anos, prevalecem as lesões de baixo grau, cuja maior parte regredirá espontaneamente e deverá ser apenas observada. Após 60 anos, por outro lado, se a mulher tiver tido acesso à rotina dos exames preventivos, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é diminuído, dada a sua lenta evolução. A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento se os últimos exames estiverem normais.



3.2. Rastreamento para detecção da ambliopia, estrabismo e defeitos da acuidade visual

O câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais (lesões menores que 2 cm de diâmetro), apresenta prognóstico mais favorável e a cura pode chegar a 100%. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008).

A estratégia brasileira para controle do câncer de mama está definida no Documento de Consenso (BRASIL, 2004), elaborado pelo INCA, em parceria com gestores do SUS, sociedades científicas e universidades. Conforme o Consenso, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher.

O risco de câncer de mama aumenta com a idade e o rastreamento populacional para essa doença deve ter como alvo as mulheres na faixa etária de maior risco.

3.3. Rastreamento de câncer da próstata

O nível de evidência ainda é insuficiente para tecer recomendações a favor ou contra a adoção do rastreamento para o câncer de próstata em homens assintomáticos com idade inferior a 75 anos. Não há evidências que essa prática seja eficaz, ou as evidências são pobres e conflitantes e a relação custo-benefício não pode ser determinada. Recomenda-se a não adoção do rastreamento de câncer da próstata em homens assintomáticos com idade superior a 75 anos, uma vez que existe nível adequado de evidência mostrando que essa estratégia é ineficaz e que os danos superam os benefícios.

O câncer de próstata é a segunda causa mais comum de morte por câncer entre os homens no Brasil, representando aproximadamente 1% dos óbitos masculinos, com uma taxa anual de 12 óbitos por 100.000 homens. Esse câncer é raro antes dos 50 anos e a incidência aumenta com a idade. A história natural do câncer da próstata não é compreendida na sua totalidade. Essa não é uma doença única, mas um espectro de doenças, variando desde tumores muito agressivos àqueles de crescimento lento que podem não causar sintomas ou a morte. Muitos homens com a doença menos agressiva tendem a morrer com o câncer em vez de morrer do câncer, mas nem sempre é possível dizer, no momento do diagnóstico, quais tumores são agressivos e quais são de crescimento lento (SCHWARTZ, 2005; USPSTF, 2008).



3.4. Rastreamento de câncer de cólon e reto

É importante rastrear?

Ao analisarmos as taxas de mortalidade por câncer na população brasileira, observamos que o câncer do cólon e reto encontra-se entre as cinco localizações primárias mais frequentes, sendo responsável por 1% dos óbitos, com taxa anual de aproximadamente seis óbitos a cada 100.000 habitantes, dados referentes a 2006 (INCA, 2009). A probabilidade de um pólipó adenomatoso se transformar em um câncer está correlacionada ao seu tamanho. Pólipos com menos de 1 cm dificilmente evoluem para câncer. Logo, aqueles com 1 cm ou mais são o alvo do rastreamento para esse câncer. Até o momento, a principal estratégia de rastreamento para o câncer de cólon e reto é a utilização da pesquisa de sangue oculto nas fezes em indivíduos com 50 anos até 75 anos. Esse é um exame não invasivo, de baixa complexidade, fácil realização e baixo custo, cuja sensibilidade varia dependendo do método utilizado (guáiacó ou imunológico), ficando entre 38,3% e 49,5%.

Como rastrear? E qual intervalo?

O início do rastreamento para o câncer de intestino com pesquisa de sangue oculto nas fezes é a partir dos 50 anos – idade esta onde a mortalidade para esse câncer torna-se expressiva. Recomenda-se fortemente, entretanto, que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada com todos seus componentes: divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos (o

que implica ampliação da oferta de serviços de endoscopia digestiva e demais suportes diagnósticos) e acesso ao tratamento adequado e oportuno. Essa estratégia consolidará as bases necessárias para detecção mais precoce desse tipo de câncer, com vistas a um futuro programa populacional de rastreamento, quando evidências de custo-efetividade e sustentabilidade assim o indicarem. Situações de alto risco devem merecer abordagens individualizadas.

3.5. Rastreamento de câncer de pele

Esses tipos de cânceres são mais comuns em adultos, aumentando a frequência com a idade. O prognóstico dos melanomas pode ser considerado bom se detectado nos estádios iniciais. Os principais fatores de risco são:



- *Exposição excessiva ao sol e sensibilidade da pele ao sol (queimadura pelo sol e não bronzeamento)*
- *Para os melanomas, acrescentam-se nevo congênito (pinta escura)*
- *Xeroderma pigmentoso (doença congênita que se caracteriza pela intolerância total da pele ao sol, com queimaduras externas, lesões crônicas e tumores múltiplos)*
- *Nevo displásico (lesões escuras da pele com alterações celulares pré-cancerosas)*

O diagnóstico precoce do câncer de pele mediante a detecção de sinais e sintomas, tais como:

- *Manchas que coçam, doem, sangram ou descamam;*

- Feridas que não cicatrizam em quatro semanas;
- Sinais que mudam de cor, textura, tamanho, espessura ou contornos;
- Elevações ou nódulos da pele circunscritos e adquiridos que aumentam de tamanho e tenham a aparência perolada, translúcida, avermelhada ou escura.

Pessoas que apresentem lesões com essas características, independentemente da forma de descoberta pelo próprio indivíduo ou pelo profissional, precisam ser avaliadas com vistas a confirmar ou descartar uma lesão maligna.

3.6. Rastreamento de câncer de boca

As evidências ainda são insuficientes para a recomendação contra ou a favor do exame rotineiro de adultos para o câncer de boca. O câncer de boca, aqui incluídas as patologias malignas do lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato, glândulas salivares, amígdala e orofaringe



(CID 10 – C00 a C10), apesar de estar entre as dez topografias primárias mais incidentes, não figura entre as principais causas de mortes por neoplasias.

- É mais frequente em indivíduos do sexo masculino;
- Faixa etária > 50 anos;
- Maioria dos casos somente é diagnosticada em estádios tardios de evolução;

- O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer de boca;
- O uso excessivo de álcool tem efeito sinérgico para aumentar o risco desse câncer.

Vale lembrar que a cavidade oral apresenta alta sensibilidade e, portanto, uma lesão pode ser facilmente percebida por um indivíduo orientado para sinais de alerta: feridas que não cicatrizam nos lábios e na boca, manchas brancas ou avermelhadas nas gengivas, língua ou mucosa oral, tumorações ou endureções (caroços) na região da boca ou pescoço. Da mesma forma, os profissionais de saúde devem conhecer e valorizar a presença desses sinais para, independentemente de ter sido um achado clínico ou uma queixa do paciente, conduzir adequada e oportunamente os procedimentos diagnósticos necessários e encaminhar os casos positivos para tratamento especializado.

Os pacientes devem ser encorajados a não fazer uso de tabaco e de álcool com o objetivo de diminuir o risco para o câncer de boca, assim como para doenças do coração, acidente vascular cerebral e cirrose.

4. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29)



DR. ARTHUR AMÉRICO
MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
CRM TO 3614 · RQE 2296