

MÓDULO 8 • UNIDADE 2

SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

PROMOÇÃO DA SAÚDE E AÇÕES DA CLÍNICA NA
ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO



MÓDULO 8 • UNIDADE 2

SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

PROMOÇÃO DA SAÚDE E AÇÕES DA CLÍNICA NA
ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660
Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Camila Carvalho
Claudio Vanucci Silva de Freitas
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

Douglas Brandão França Junior

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde do adulto e a Saúde da Família: promoção da saúde e ações da clínica na atenção à saúde do adulto/Dayana Dourado de Oliveira Costa; Edeane Rodrigues Cunha; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2014.

58f. : il.

1. Saúde do adulto. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Amorim, Camila Carvalho. II. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. III. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. IV. Título.

CDU 613.9-053.8

APRESENTAÇÃO

Este texto foi construído com o objetivo de descrever o manejo clínico e farmacológico dos principais agravos à saúde do adulto.

Apresentaremos o manejo clínico das doenças mais frequentes que acometem a saúde dos adultos, hipertensão e diabetes, as recomendações sobre a detecção precoce de alguns tipos de câncer e algumas considerações sobre saúde mental em adultos.

A equipe atuante na Atenção Básica deve ter como objetivo identificar na população adstrita à unidade de saúde, indivíduos que apresentem sinais ou sintomas de doenças crônicas para realizar a intervenção necessária o mais rápido possível. É importante ainda reconhecer todos os membros da equipe como potenciais agentes de mudança, já que as intervenções necessárias serão sempre multiprofissionais e interdisciplinares.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de atenção às condições crônicas	9
Figura 2 - Mortalidade no Brasil em 2009.....	11
Figura 3 - Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS.....	16
Figura 4 - Condições classificatórias da pressão arterial considerando a aferição em consultório e fora de consultório	17
Tabela 1 - Medicamentos disponíveis na Rename 2012	26
Tabela 2 - Decisão terapêutica.....	27
Tabela 3 - Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais.....	28
Figura 5 - Quadro de Birmingham para a associação de drogas no manejo da HAS	29
Figura 6 - Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2	36
Figura 7 - Fluxograma de tratamento do DM tipo 2.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos.....	14
Quadro 2 - Valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada	17
Quadro 3 - Aspectos relevantes da história clínica da pessoa com HAS	18
Quadro 4 - Aspectos relevantes do exame físico da pessoa com HAS	19
Quadro 5 - Evidências de doença cardiovascular ou repercussão em órgão-alvo	21
Quadro 6 - Rotina complementar mínima para pessoa com HAS	22
Quadro 7 - Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.....	23
Quadro 8 - Indicações das classes medicamentosas.....	27
Quadro 9 - Principais efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas	29
Quadro 10 - Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos.....	33
Quadro 11 - Sinais e sintomas sugestivos de DM.....	34
Quadro 12 - Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos.....	35
Quadro 13 - Aspectos relevantes da história clínica da pessoa com DM	37
Quadro 14 - Rotina de exames complementares ao portador de DM ...	39
Quadro 15 - Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com DM	40
Quadro 16 - Medicamentos de uso oral disponíveis na Rename para o tratamento do DM.....	42
Quadro 17 - Insulinas disponíveis no SUS.....	43
Quadro 18 - Sinais e sintomas associados ao câncer passíveis de diagnóstico precoce	47

SUMÁRIO

Unidade 2	9
1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)	9
1.1 O que são doenças crônicas?	9
1.2 Modelo de atenção às condições crônicas (MACC)	9
2 PANORÂMICA MUNDIAL E NACIONAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	10
2.1 As doenças crônicas no Sistema Único de Saúde	10
3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	13
3.1 História clínica da pessoa com HAS	18
3.1.1 Exame clínico.....	19
3.2 Síndromes clínicas de descompensação funcional de órgão- alvo	21
3.3 Tratamento	23
4 DIABETES MELLITUS (DM)	31
4.1 Rastreamento e diagnóstico	33
4.2 Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos	35
4.3 História clínica da pessoa com DM	37
4.3.1 Exame físico da pessoa com DM	38
4.4 Tratamento	39
5 CÂNCER	45
5.1 Detecção precoce do câncer	47
5.2 Recomendações para rastreamento	48
6 SAÚDE MENTAL	49
REFERÊNCIAS.....	52

UNIDADE 2

1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

1.1 O que são doenças crônicas?

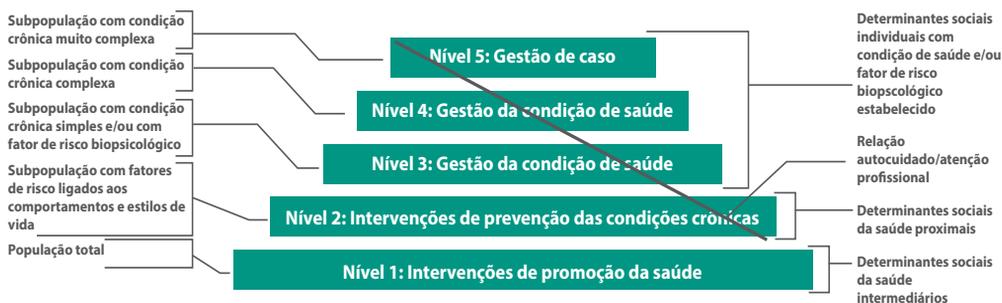
É de conhecimento comum entre profissionais da saúde que as doenças crônicas são assim chamadas por cumprirem um conjunto de condições crônicas. Em geral, relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração.

Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013a).

1.2 Modelo de atenção às condições crônicas (MACC)

Como podemos lidar com essas doenças? Mendes (2011) propõe um modelo de atenção às condições crônicas (MACC). Esse modelo estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato. Veja a sistematização da proposta na figura abaixo:

Figura 1 - Modelo de atenção às condições crônicas.



Fonte: MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

2 PANORÂMICA MUNDIAL E NACIONAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça não só à saúde, mas também ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda (SCHMIT et. al., 2011).

- ✓ As DCNT são as principais fontes da carga de doença no Brasil, e políticas importantes para sua prevenção e controle têm sido implementadas.
- ✓ As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas estão diminuindo, provavelmente como resultado do controle do tabagismo e do maior acesso à atenção primária.
- ✓ A epidemia de obesidade que acomete o mundo, com o consequente crescimento da prevalência de diabetes e hipertensão, ameaça o decréscimo adicional das DCNT.

2.1 As doenças crônicas no Sistema Único de Saúde

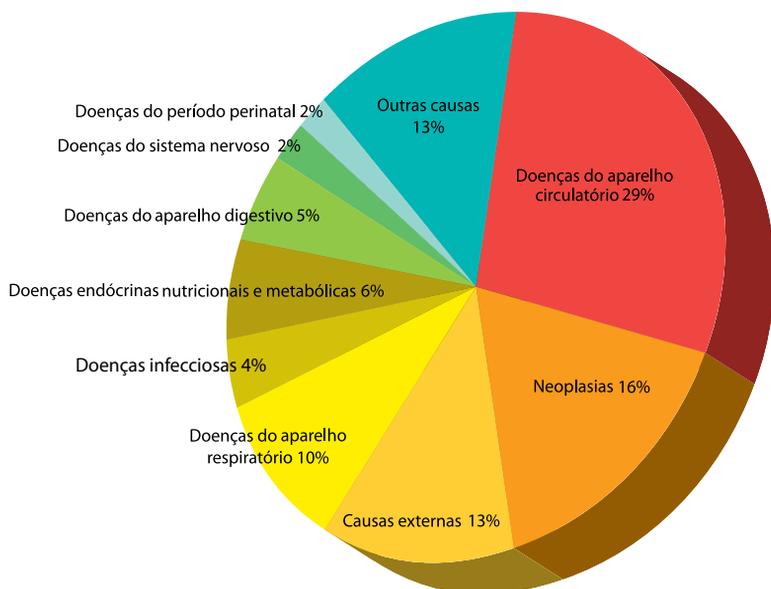
O Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva acesso universal em todos os níveis de cuidado. Na **atenção básica** as ações de promoção, proteção e controle das DCNT vêm sendo trabalhadas cada vez mais por equipes da Estratégia Saúde da Família, cuja expansão progressiva melhorou o acesso ao cuidado integral e contínuo, propiciando, assim, uma plataforma para a prevenção e o gerenciamento das doenças crônicas.

Por que organizar a atenção às pessoas com doenças crônicas no SUS?



As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

Figura 2 - Mortalidade no Brasil em 2009.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011d. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Normas baseadas em evidências, orientando o cuidado com o diabetes, foram implementadas. **Medicamentos genéricos** de baixo custo, como aspirina e estatinas, para indivíduos com risco absoluto alto de doenças cardíacas, conforme sugerido para países de baixa e média renda, foram amplamente disponibilizados sem custo. No início de 2011, o Ministério da Saúde expandiu seu programa **Farmácia Popular**, que passara a oferecer gratuitamente medicamentos básicos para diabetes e hipertensão, além de fármacos para outras doenças crônicas, como asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma, com descontos de até 90% (SCHMIDT et al., 2011).

Diante desses desafios, o Ministério da Saúde protagonizou, junto a outras instituições de relevância nacional e internacional, a construção do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Leia o Plano de Ações em: <http://goo.gl/SMXDKT>.

Almeja-se, nos próximos dez anos, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e **baseadas em evidências** para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir dos eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.

Nesta perspectiva, o Brasil tem destacado a organização da vigilância das DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco; a priorização de ações voltadas para a **alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, envelhecimento ativo**; expansão da atenção básica em saúde com definição de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT, ampliação da atenção farmacêutica com a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensos e diabéticos, atenção às urgências e atenção domiciliar.

Vários são os desafios que se impõem aos profissionais de saúde exigindo inovações nos modelos de gestão para o enfrentamento das DCNT, a partir da maximização de intervenções comportamentais, neuropsicológicas, ambientais e econômicas custo-efetivas que levem em consideração a criação de ambientes propícios às escolhas saudáveis de **estilo de vida** pelos indivíduos, para que se produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados.

3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

- **O que é HAS?**

A hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial (PA) aumentada e sustentada, tendo como parâmetro a pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica com valores iguais ou acima a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência chega a mais de 50% na faixa etária entre 60 e 69 anos e 75% na faixa etária acima de 70 anos.

O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2013b).

- **Fatores de risco**

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2010) apontam os fatores de risco para a HAS:

- Idade (prevalência maior nas faixas etárias superiores);
- Gênero (mais prevalente no homem até 50 anos e na mulher acima dos 50);

- Etnia (sabe-se que mulheres negras têm prevalência de HAS até 130% maior do que mulheres brancas);
- Excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo;
- Fatores socioeconômicos (mais prevalentes em indivíduos com menor escolaridade), genética e outros fatores de risco cardiovascular.

A prevenção, portanto, baseia-se em agir nesses fatores de risco que podem ser modificáveis, como os que englobam os hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A orientação da OMS chama a atenção para o fato de que não se deve apenas valorizar os níveis de pressão arterial, fazendo-se também necessária uma avaliação do risco cardiovascular global.

• Classificação

Quadro 1 - Classificação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/SC4Btl>.

- **Como é feita a abordagem integral de HAS?**

- **Diagnóstico**

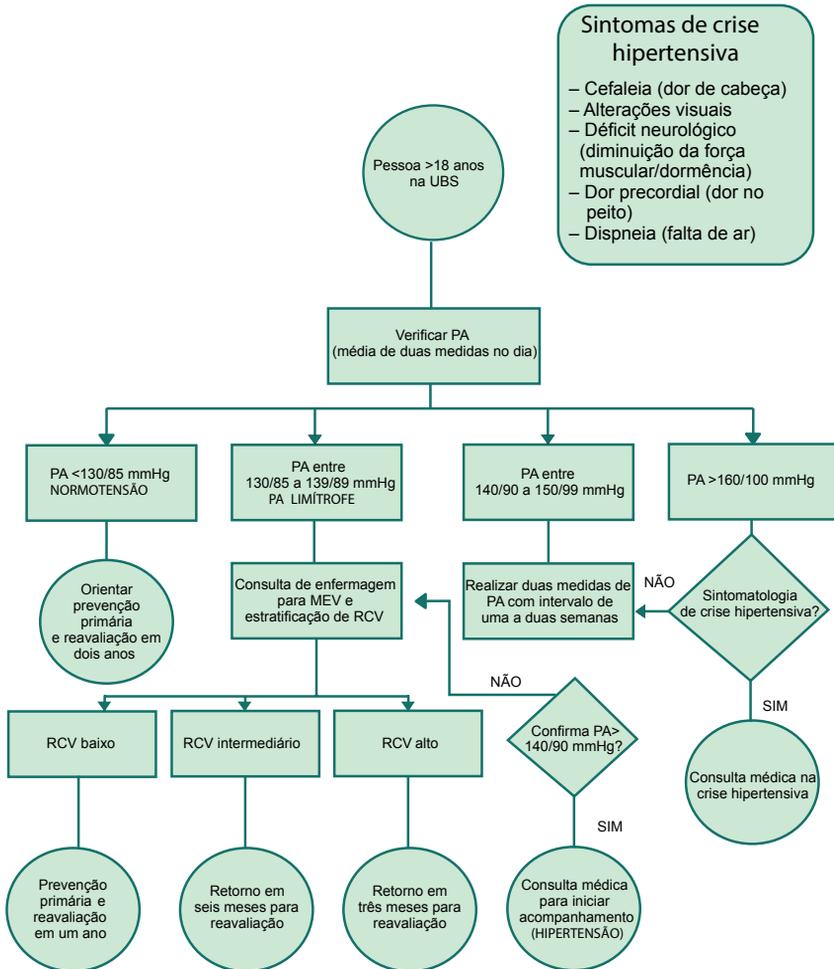
O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg. Deve-se verificar os valores pressóricos em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2013b).

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.

Acompanhe no fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde para o rastreamento e diagnóstico de HAS.

Figura 3 - Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/9nCW9p>.

A seguir, destaca-se a importância de reconhecer os valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada:

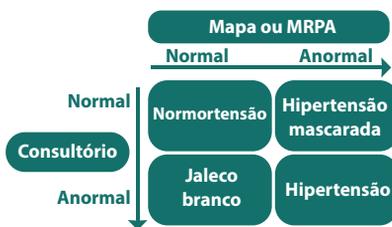
Quadro 2 - Valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.

	Consultório	Mapa Vigília	Ampa	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	< 140/90	≤ 130/85	≤ 130/85	≤ 130/85
Hipertensão	≥ 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão do avental branco	≥ 140/90	< 130/85	< 130/85	< 130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/9nCw9p>.

Acompanhe o esquema abaixo que propõe as condições classificatórias da pressão arterial considerando a aferição em consultório e fora do consultório.

Figura 4 - Condições classificatórias da pressão arterial considerando a aferição em consultório e fora de consultório.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/9nCw9p>.

3.1 História clínica da pessoa com HAS

Acompanhe a seguir o que deve ser considerado durante a anamnese para se estabelecer a história clínica da pessoa com HAS:

Quadro 3 - Aspectos relevantes da história clínica da pessoa com HAS.

- **Identificação:** sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
- **História atual:** duração conhecida de HAS e níveis pressóricos; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellitus; indícios de hipertensão secundária; gota.
- **Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco:** dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, dificuldades respiratórias.
- **História progressa:** gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca. Nas mulheres, deve-se investigar a ocorrência de hipertensão durante a gestação, que é um fator de risco para hipertensão grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).
- **História familiar:** A história familiar positiva para HAS é usualmente encontrada em pacientes hipertensos. Sua ausência, especialmente em pacientes jovens, é um alerta para a possibilidade da presença de HAS secundária. Pesquisar também história familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos), morte prematura e súbita de familiares próximos.
- **Perfil psicossocial:** fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, rede familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
- **Consumo de álcool:** Alguns estudos apontam que a partir do consumo diário médio de 30 g de etanol, quantidade presente em duas doses de destilados, em duas garrafas de cerveja ou em dois copos de vinho, há aumento difuso e exponencial da pressão arterial em homens. Para mulheres, as quantidades de risco correspondem a metade destes valores (MOREIRA et al., 1998).
- **Medicações em uso:** Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios). A indagação sobre o uso de anticoncepcionais hormonais combinados não deve ser esquecida, dada a frequente associação entre seu uso e a elevação da pressão arterial (LUBIANCA; FACCHIN; FUCHS et al., 2003).
- **Práticas corporais/atividade física.**

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/9nCW9p>.

3.1.1 Exame físico

O exame físico da pessoa com HAS é muito importante e não somente classifica a PA como é indispensável na detecção de lesões de órgão-alvo e identifica outras condições que, associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento.

Quadro 4 – Aspectos relevantes do exame físico da pessoa com HAS.

- **Medidas antropométricas:** obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição da cintura abdominal (CA). Veja mais sobre medidas antropométricas no *Cadernos de Atenção Básica, nº 38* – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Obesidade.
- **Inspeção:** fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária. Ex.: Cushing.
- **Medida da PA e frequência cardíaca:** duas medidas de PA, separadas por, pelo menos, um minuto, com paciente em posição sentada. Em pacientes com suspeita de hipotensão postural (queda de PAS \geq 2 mmHg e PAD \geq 10 mmHg) e/ou idosos, recomenda-se verificar a PA também nas posições deitada e em pé.
- **Pescoço:** palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência jugular e palpação de tireoide.
- **Exame do precórdio e ausculta cardíaca:**
 - Sinais sugestivos de hipertrofia miocárdica: característica impulsiva do ictus, mas sem desvios da linha hemiclavicular até ocorrer dilatação ventricular, pela presença de quarta bulha e de hiperfonese da segunda bulha;
 - Ictus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo: arritmias; terceira bulha: sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo;
 - Quarta bulha: sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de segunda bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.
- **Exame do pulmão:** ausculta de estertores, roncos e sibilos.
- **Exame do abdômen:** a palpação dos rins e a ausculta de sopros em área renal objetivam detectar hipertensão secundária a rins policísticos e obstrução de artérias renais.
- **Extremidades:** palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos.
- A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem coarctação da aorta ou doença arterial periférica. O exame dos pulsos periféricos avalia a repercussão da aterosclerose, por meio da presença de obstruções. Se houver diminuição acentuada e bilateral dos pulsos femorais, a medida da pressão arterial nos membros inferiores deve ser realizada para afastar o diagnóstico de coarctação da aorta; avaliação de edema.
- **Exame neurológico sumário.**
- **Exame de fundo do olho:** identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema. Os achados de fundo de olho, como exsudatos e hemorragias retinianas e papiledema, indicam maior risco cardiovascular e hipertensão acelerada, respectivamente, condições que influenciam diretamente na estratificação do risco e na terapêutica.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/9nCW9p>.

- **Condições padronizadas para a medida da pressão arterial** (BRASIL, 2013b).

- O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio.
- Medir após cinco minutos de repouso.
- Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
- A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começam a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I).
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V).
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg).
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
- Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).

- **E quando se deve rastrear a pressão arterial na atenção básica?**

Segundo recomendação de grau A do MS, todo adulto com 18 anos ou mais de idade que acessa a unidade básica de saúde e não tem nenhum registro de ao menos uma verificação de PA nos últimos dois anos deve tê-la verificada e registrada (BRASIL, 2013b).

- **Avaliação do risco cardiovascular**

A estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham serve como uma ferramenta para definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe (BRASIL, 2013b).

SAIBA MAIS!

Mais informações sobre o The Framingham Heart Study em:
<http://www.framinghamheartstudy.org/> e <http://goo.gl/BWvs9Pm>.

3.2 Síndromes clínicas de descompensação funcional de órgão-alvo

Também se deve dar especial atenção às síndromes clínicas de descompensação funcional de órgão-alvo, como insuficiência cardíaca, angina de peito, infarto do miocárdio prévio, episódio isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral prévios, condições também consideradas para a decisão terapêutica. O quadro abaixo aponta evidências de DCV e repercussão em órgão-alvo nas quais o profissional deve estar atento (BRASIL, 2013b):

Quadro 5 – Evidências de doença cardiovascular ou repercussão em órgão-alvo.

- Hipertrofia ventricular esquerda (ECG ou ecocardiograma);
- Retinopatia;
- Nefropatia;
- Angina do peito ou infarto do miocárdio prévio;
- Insuficiência cardíaca;
- Ictus isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral;
- Doença arterial periférica.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/SC4Btl>.

• Avaliação laboratorial

Um apoio ao acompanhamento à pessoa com HAS necessitará de uma periodicidade de avaliação clínica e laboratorial. Veja no quadro abaixo a rotina complementar recomendada para acompanhamento da pessoa com HAS preconizada pelo Ministério da Saúde:

Quadro 6 – Rotina complementar mínima para pessoa com HAS.

• Eletrocardiograma;
• Dosagem de glicose;
• Dosagem de colesterol total;
• Dosagem de colesterol HDL;
• Dosagem de triglicérides;
• Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL - colesterol - (Triglicérides/5);
• Dosagem de creatinina;
• Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
• Dosagem de potássio;
• Fundoscopia.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/SC4Btl>.

IMPORTANTE:

Ao avaliar os exames de rotina, o profissional deve observar alguns aspectos:

- O eletrocardiograma é razoavelmente sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga de ventrículo esquerdo.
- A presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é, geralmente, secundária à repercussão de hipertensão sobre os rins. Proteinúria mais acentuada, leucocitúria e hematúria (excluídas outras causas), especialmente se acompanhadas dos cilindros correspondentes, indicam hipertensão grave ou hipertensão secundária à nefropatia.
- O potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essa causa, o paciente deve realizar, via encaminhamento, investigação de hiperaldosteronismo primário.
- A dosagem do colesterol e da glicemia visa detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular da hipertensão.

- Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a apresentação clínica.
- A radiografia de tórax deve ser feita quando houver suspeita de repercussão mais intensa de hipertensão sobre o coração, como insuficiência cardíaca, podendo demonstrar aumento do volume cardíaco, sinais de hipertensão venocapilar e dilatação da aorta, ou quando houver outra indicação, como doença pulmonar obstrutiva crônica.
- O ecocardiograma é indicado quando existem indícios de insuficiência cardíaca, mas não é indispensável para estratificar o risco e tomar decisões terapêuticas no paciente hipertenso.

3.3 Tratamento

Tanto a abordagem medicamentosa quanto a não medicamentosa são importantes no tratamento da HAS:

• Tratamento não medicamentoso

Além do uso de medicamentos, deve-se considerar que a pessoa portadora de HAS controle o peso, mantenha um estilo alimentar saudável reduzindo o consumo de sal e do álcool, pratique atividade física orientada, e/ou pare de fumar. Todo esse trabalho requer atenção de uma equipe interdisciplinar multiprofissional.

Acompanhe no quadro abaixo o impacto de cada mudança de estilo de vida na redução da PA (BRASIL, 2013b):

Quadro 7 - Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² .	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9

<p>Moderação no consumo de álcool</p>	<p>É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30 ml de etanol/dia (90 ml de destilados, ou 300 ml de vinho ou 720 ml de cerveja), para homens, e 15 ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.</p>	<p>2 a 4</p>
---------------------------------------	---	--------------

IMPORTANTE!

Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HAS.

1. Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos.

Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.

2. Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário!

3. Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).

4. Prefira temperos naturais como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafraão, orégano, manjeriço, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros.

Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.

5. Alimentos industrializados como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.

6. Diminua o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.

7. Procure evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.

8. Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi).

Dê preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.

9. Procure fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado.

10. Mantenha o seu peso saudável. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/SC4Btl>.

SAIBA MAIS!

Na publicação “Guia alimentar: como ter uma alimentação saudável” você encontra questionários que estabelecem escores que podem auxiliar a determinar padrões alimentares. Acesse: <http://goo.gl/a9PrVN>.

• Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso deve ser instituído baseando-se em vários fatores: a preferência do paciente, o seu grau de motivação para mudar de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. Pacientes com PA no estágio 2 (PA maior ou igual a 160/110 mmHg) ou com alto risco cardiovascular beneficiam-se do tratamento medicamentoso. Importante ressaltar que o uso de fármacos não dispensa as mudanças dietéticas e as outras recomendações já citadas (BRASIL, 2013b).

Várias classes de medicamentos podem ser empregadas no controle pressórico. Abaixo, listam-se os medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular disponíveis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (BRASIL, 2013c):

Tabela 1 – Medicamentos disponíveis na Rename 2012.

Classe farmacológica	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima	Dose máxima	Tomadas ao dia*
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5 mg	Comprimido	12,5 – 25 mg	50 mg	1
	Hidroclorotiazida	25 mg	Comprimido	12,5 – 25 mg	50 mg	1
Diuréticos (de Alça) – Sulfonamidas simples	Furosemida	40 mg	Comprimido	20 mg	variável	1 – 2
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Espironolactona	100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
Betabloqueadores seletivos	Atenolol	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Atenolol	100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	25 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	50 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	100 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
	Tartarato de Metoprolol	100 mg	Comprimido	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
Agentes alfa e betabloqueadores	Carvedilol	3,125 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	6,25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	12,5 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol	10 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 – 3
	Propranolol	40 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 – 3
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	250 mg	Comprimido	500 mg	1.500 mg	2 – 3
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – derivados da diidropiridina	Besilato de Anlodipino	5 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1
	Besilato de Anlodipino	10 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1
	Nifedipino	10 mg	Cápsula ou comprimido	20 – 40 mg	60 mg	3
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – derivados da fenilalquilamina	Cloridrato de Verapamil	80 mg	Comprimido	80** – 120 mg	480 mg	2 – 3
	Cloridrato de Verapamil	120 mg	Comprimido	80 – 120 mg	480 mg	2 – 3
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar	Cloridrato de Hidralazina	25 mg	Comprimido	25 mg	200 mg	2
	Cloridrato de Hidralazina	50 mg	Comprimido	25 mg	200 mg	2
Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	Captopril	25 mg	Comprimido	25 mg	150 mg	2 – 3
	Maleato de Enalapril	5 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	Maleato de Enalapril	10 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	Maleato de Enalapril	20 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
Antagonistas da angiotensina II, simples	Losartana potássica	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1

* O termo "Tomadas ao dia" refere-se à quantidade de vezes em que o paciente irá utilizar a medicação. Mais de um comprimido poderá ser ingerido durante uma tomada, atentando-se para as doses mínima e máxima da medicação.

** A dose inicial para idosos é de 40 mg.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/SC4Btl>.

▪ Indicações das classes medicamentosas

Algumas situações específicas exigem determinadas classes de medicamentos. São elas:

Quadro 8 - Indicações das classes medicamentosas.

Indicações	Classe medicamentosa
Insuficiência cardíaca	Diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina ou antagonistas da angiotensina II, antagonistas de aldosterona.
Pós-infarto do miocárdio	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da aldosterona.
Alto risco para doença coronariana	Betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio.
Diabetes	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio.
Doença renal crônica	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II.
Prevenção da recorrência de acidente vascular encefálico (AVE)	Diurético, inibidores da enzima conversora de angiotensina.
Hipertensão sistólica isolada em idosos	Diuréticos (preferencialmente) ou bloqueadores dos canais de cálcio.

▪ Metas do tratamento

As metas do tratamento variam de acordo com a classificação em que esse paciente se encontra. Abaixo, são descritas:

Tabela 2- Decisão terapêutica.

Categoria de risco	Considerar
Sem risco adicional	Tratamento não medicamentoso isolado

Risco adicional baixo	Tratamento não medicamentoso isolado por até seis meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso
Risco adicional médio, alto e muito alto	Tratamento não medicamentoso + medicamentoso

Tabela 3 - Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais.

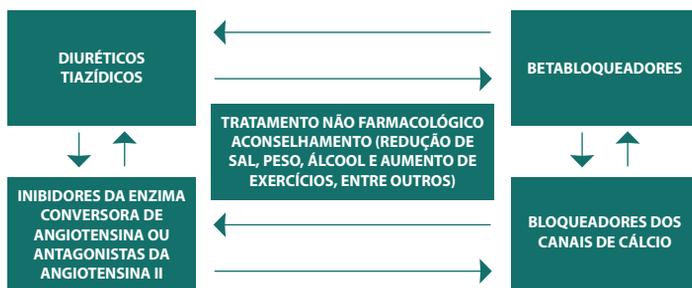
Categoria	Considerar
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	< 140/90 mmHg
Hipertensos e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, DM, SM ou LOA	130/80 mmHg
Hipertensos com insuficiência renal com proteinúria > 1,0 g/l	
<i>DM - diabetes mellitus; SM - síndrome metabólica; LOA - lesões em órgãos-alvo.</i>	

Fonte: SBC. SBH. SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/D3DilQ>.

▪ **Combinações de medicações**

Em alguns casos há necessidade de associar o uso de medicamentos anti-hipertensivos. Desse modo as informações propostas por Birmingham e sintetizadas no quadro abaixo auxiliam a nortear o uso racional de associações de anti-hipertensivos no manejo da HAS. A escolha da medicação associada deverá seguir a conexão entre os fármacos abaixo:

Figura 5 - Quadro de Birmingham para a associação de drogas no manejo da HAS.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/SC4Btl>.

Além de conhecer os mecanismos que permitem a associação entre fármacos no tratamento da hipertensão, o médico deve ainda informar ao portador da doença e usuário das medicações os possíveis efeitos adversos. Veja no quadro abaixo as possíveis alterações:

Quadro 9 - Principais efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas.

Classe farmacológica	Efeitos adversos
Diuréticos	Hipopotasemia, hiperuricemia, intolerância à glicose, aumento do risco de aparecimento do diabetes mellitus, além de promover aumento de triglicérides em geral, dependendo da dose.
Betabloqueadores	Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrio-ventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual.
Antiadrenérgicos de ação central	Sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual.

Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio	Cefaleia, tontura, rubor facial – mais frequente com diidropiridínicos de curta duração – e edema de extremidades, sobretudo maleolar. Estes efeitos adversos, são, em geral, dose-dependentes. Mais raramente, podem induzir a hipertrofia gengival. Os diidropiridínicos de ação curta provocam importante estimulação simpática reflexa, sabidamente deletéria para o sistema cardiovascular. Verapamil pode provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular, além da obstipação instestinal.
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar (vasodilatadores diretos)	Pela vasodilatação arterial direta promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa.
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (leca)	Tosse seca, alteração de paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade, com erupção cutânea e edema angioneurótico. Em indivíduos com insuficiência renal crônica, podem eventualmente, agravar a hiperpotassemia. Em pessoas com hipertensão renovascular bilateral ou unilateral associada a rim único, podem promover redução da filtração glomerular com aumento dos níveis séricos da ureia e creatinina. Seu uso em pessoas com função renal reduzida pode causar aumento de até 30% da creatininemia, mas, a longo prazo, irá preponderar seu efeito nefroprotetor.
Antagonistas de receptores de angiotensina II	Foram relatadas tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade cutânea (Rash). As precauções para seu uso são semelhantes às descritas para os lecas.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/SC4Btl>.

A classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham, determinará a periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica.

Categoria	Risco de evento cardiovascular em 10 anos	Consulta médica	Consulta de enfermagem	Consulta odontológica
Baixo	< 10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 - 20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://goo.gl/SC4Btl>.

Apesar de a equipe estar organizada quanto à periodicidade do acompanhamento, existem situações em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas. Além do risco cardiovascular, a equipe precisa estar atenta a vulnerabilidades, potencial para o autocuidado e outras situações que requerem atendimento imediato.

SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre a hipertensão arterial, **acesse o Caderno de Atenção Básica nº 37: Hipertensão Arterial** <http://goo.gl/SC4Btl> e **as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia** <http://goo.gl/rRWHpN>.

4 DIABETES MELLITUS (DM)

• O que é diabetes mellitus?

O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

A prevalência de DM tem crescido e estima-se que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6% em 2000, para a 6ª posição, com 11,3% em 2030. Acredita-se que o principal motivo para esse aumento seja a mudança no estilo de vida e nos hábitos alimentares. As complicações do DM causam alta morbimortalidade e representam altos gastos, onerando o sistema de saúde (BRASIL, 2013b).

• Classificação

- Classificação etiológica dos distúrbios glicêmicos

DM tipo 1	DM tipo 2
Resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5% a 10% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em: imunomediado e idiopático.	Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM tipo 2 é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos; Denomina-se resistência à insulina o estado no qual ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos (especialmente muscular e hepático), em resposta à ação da insulina.

• Outros tipos específicos

Incluem várias formas de DM, decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos:

- Defeitos genéticos da função da célula beta;
- Defeitos genéticos na ação da insulina;
- Doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, neoplasia, hemocromatose, fibrose cística etc.);
- Aqueles induzidos por drogas ou produtos químicos (diuréticos, corticoides, betabloqueadores, contraceptivos etc.).

IMPORTANTE!

Em algumas circunstâncias, a diferenciação entre o diabetes tipo 1 e o tipo 2 pode não ser simples. Em alguns casos de dúvida, podem ser solicitados níveis de anticorpos anti-GAD e avaliação da reserva de insulina pancreática por meio da medida de peptídeo-C plasmático. Anticorpos positivos e peptídeo-C abaixo de 0,9 ng/ml sugerem o diagnóstico de diabetes tipo 1, enquanto que anticorpos negativos e peptídeo-C elevado sugerem diabetes tipo 2 (MARRASCHIN et al., 2010).

4.1 Rastreamento e diagnóstico

▪ Rastreamento

E quando deve ser feito o rastreio de DM? Os pacientes assintomáticos que devem ser rastreados são os que se encaixam nos critérios abaixo:

Quadro 10 - Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos.

Excesso de peso (IMC > 25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (> 250 mg/dL) ou HDL-C baixo (< 35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c \geq 5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, *acanthosis nigricans*;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

OU

Idade \geq 45 anos;

OU

Risco cardiovascular moderado (Ver *Cadernos de Atenção Básica*, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica).

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde,

2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: < <http://goo.gl/zil8qZ>>.

▪ Diagnóstico

Alguns elementos clínicos podem sugerir a presença de diabetes.

Quadro 11 - Sinais e sintomas sugestivos de DM.

Sinais e sintomas clássicos:
• Poliúria;
• Polidipsia;
• Perda inexplicada de peso;
• Polifagia.
Sintomas menos específicos:
• Fadiga, fraqueza e letargia;
• Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
• Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.
Complicações crônicas/doenças intercorrentes:
• Proteinúria;
• Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano);
• Retinopatia diabética;
• Catarata;
• Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);
• Infecções de repetição.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <<http://goo.gl/zil8qZ>>.

Os elementos clínicos que levantam a suspeita de DM podem ser divididos em sinais e sintomas clássicos e outros menos específicos, ou decorrentes de doenças consequentes. Os sinais e sintomas clássicos são poliúria, polidipsia, perda inexplicada de peso e polifagia. Outros sintomas são: fraqueza, letargia, fadiga, visão turva, dentre outros. Em consequência da DM, podemos

encontrar proteinúria, neuropatia diabética, retinopatia, catarata, doença arteriosclerótica e infecções de repetição.

4.2 Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c).

Os critérios de diagnósticos para cada um dos exames são apresentados no quadro abaixo:

Quadro 12 - Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos.

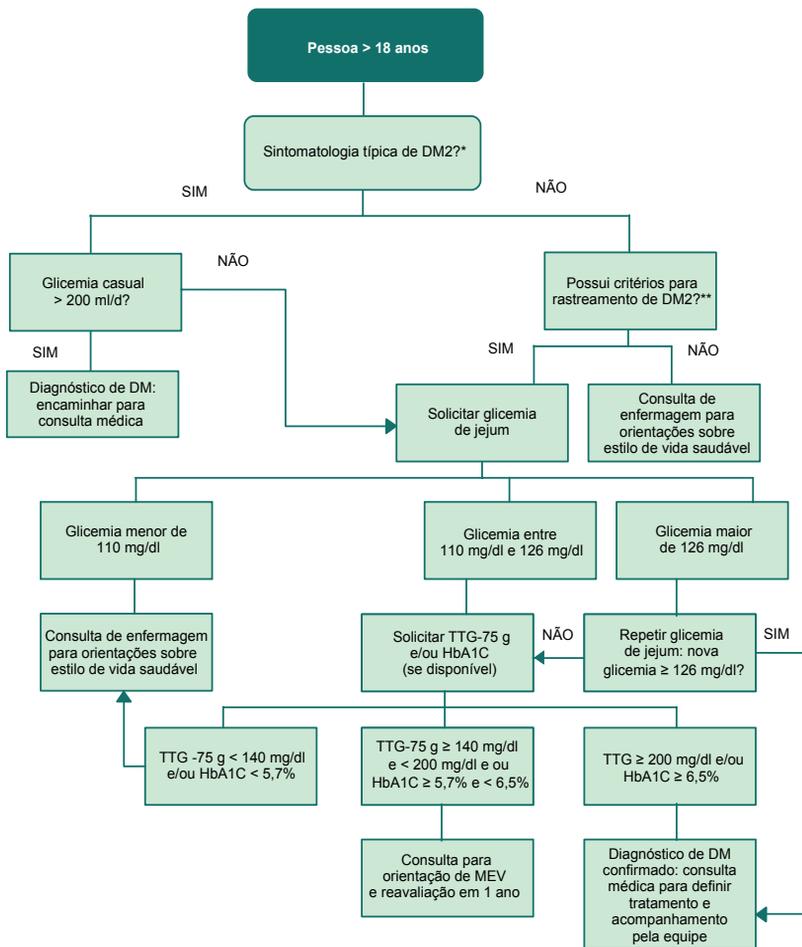
Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: duas horas após 75 g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	< 110	< 140	< 200	
Glicemia alterada	> 110 e < 126			
Tolerância diminuída à glicose		≥ 140 e < 200		
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos***)	> 6,5%

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.
 **Glicemia plasmática casual é definida como 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 polifagia.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <<http://goo.gl/zil8qZ>>.

• Fluxograma de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2

Acompanhe abaixo o fluxograma de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2, que possibilita facilitar a organização e planejamento das ações.
 Figura 6 - Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <<http://goo.gl/zil8qZ>>.

- **Acompanhamento da pessoa com DM**

O acompanhamento da pessoa com DM é fundamental na avaliação rotineira da Estratégia de Saúde da Família, devendo sempre que possível realizar história clínica, exame físico e solicitação de exames complementares.

4.3 História clínica da pessoa com DM

A história e o exame físico da pessoa com DM devem ser obtidos de forma completa. O quadro abaixo resume os principais aspectos a serem observados na história do paciente.

Quadro 13 - Aspectos relevantes da história clínica da pessoa com DM.

- **Identificação:** sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
- **História atual:** duração conhecida do DM e controle glicêmico; sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento, astenia, prurido vulvar ou balanopostite, diminuição brusca da acuidade visual, infecções frequentes), apresentação inicial e evolução dos sintomas, estado atual.
- **Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco:** dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, dificuldades respiratórias. Queixas sobre infecções dentárias, da pele, de pés e do aparelho genito-urinário; úlcera de extremidades, parestesias, distúrbios visuais.
- **História pregressa:** infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) prévios; intercorrências metabólicas anteriores (cetoacidose, hiper ou hipoglicemia etc.); passado cirúrgico e história gestacional.
- **História familiar:** de diabetes mellitus (pais, filhos e irmãos), doença cardiovascular e outras endocrinopatias.
- **Perfil psicossocial:** hábitos de vida (incluindo uso de álcool e outras drogas), condições de moradia, trabalho, identificação de vulnerabilidades, como analfabetismo e déficit cognitivo, potencial para autocuidado, rede de apoio familiar, entre outros.
- **Avaliação de consumo alimentar:** incluindo o consumo de doces e açúcar, sal, gordura saturada e cafeína.
- **Medicações em uso:** uso de medicações que alteram a glicemia (tiazídicos, beta-bloqueadores, corticosteroides, contraceptivos hormonais orais, por exemplo); tratamentos prévios e resultados.
- **Prática de atividade física.**

4.3.1 Exame físico da pessoa com DM

O exame físico da pessoa com DM é muito importante, visto que pode detectar complicações da doença e identificar outras condições que, associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento.

- **Medidas antropométricas:** obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição da cintura abdominal (CA).
- **Exame da cavidade oral:** atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.
- **Medida da PA e frequência cardíaca:** duas medidas de PA, separadas por, pelo menos, um minuto, com paciente em posição sentada.
- **Pescoço:** palpação de tireoide (quando DM tipo 1).
- **Ausculta cardíaca e pulmonar.**
- **Exame dos pés:** lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades. Avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de membros inferiores; exame neurológico sumário.
- **Exame de fundo do olho.**

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <<http://goo.gl/zil8qZ>>.

▪ **Rotina complementar mínima de exames para pessoa com DM**

O elenco de exames a seguir é necessário para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com DM. A periodicidade destes exames dependerá do acompanhamento individual de cada paciente, considerando o alto risco cardiovascular para a pessoa com DM, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Quadro 14 - Rotina de exames complementares ao portador de DM.

- Glicemia de jejum e HbA1C.
- Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG).
 - » A fração LDL pode ser calculada utilizando-se a fórmula de Friedewald: $LDL = CT - HDL - TG/5$ (para triglicerídeos abaixo de 400 mg/dL).
- Creatinina sérica.
- Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina.
- Fundoscopia.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <<http://goo.gl/zil8qZ>>.

IMPORTANTE!

A estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG), a partir da dosagem de creatinina, deve ser realizada de rotina. Existem várias formas indiretas de calcular a TFG, a mais praticada é a Equação de Cockcroft-Gault:

$$TFG \text{ (ml/min)} = [(140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85 \text{ se mulher})] / 72 \times \text{creatinina sérica}$$

4.4 Tratamento

▪ Tratamento não medicamentoso

Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual pode ser acrescido – ou não – o tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO; LOPES, 2012).

Pessoas com DM precisam ser apoiadas para realizar mudanças em seu estilo de vida e instruídas sobre como fazê-las. Uma revisão da literatura

recente mostra que diversos ensaios clínicos sobre programas intensivos para MEV em pessoas com DM tipo 2 que obtiveram melhora em desfechos como glicemia, HbA1C e peso corporal, foram apoiados com estratégias cognitivo-comportamentais (SPAHN et al., 2010).

O estudo mostra ainda que a entrevista motivacional, uma estratégia que visa desencadear mudança de comportamento auxiliando a pessoa a explorar e resolver a ambivalência na mudança, aumenta a aderência a recomendações e melhora desfechos como controle glicêmico e perda de peso. É importante também instruir as pessoas sobre sua doença e as formas de enfrentá-la para obter o melhor desfecho possível.

Estratégias cognitivo-comportamentais que promovam mudança de comportamento e aderência às recomendações, bem como programas de educação em saúde que visam à promoção e ao apoio ao autocuidado fazem parte do tratamento do DM e, como tal, a equipe precisa ser instrumentalizada para aplicá-los no seu dia a dia. Veja abaixo orientações para uma alimentação saudável para o portador de DM:

Quadro 15 - Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com DM.

1. Realize de cinco a seis refeições diárias, evitando "beliscar" alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.
2. Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como os *diet*, zero ou *light*. Utilize adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas! Leia os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.
3. Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais. O ideal é consumir seis porções diárias (uma porção = 1 pão francês ou 2 fatias de pão de forma ou 4 colheres de sopa de arroz).
4. Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus. Recomenda-se ingerir, pelo menos, três porções diárias (uma porção de verduras = 3 colheres de sopa; e de legumes = 2 colheres de sopa). Lembre-se: legumes como batata, mandioca e cará não são recomendados.

5. Consuma frutas diariamente. O ideal são três porções diárias (uma porção = 1 maçã média ou 1 banana ou 1 fatia média de mamão ou 1 laranja média). Para evitar o aumento da glicemia, prefira consumir as frutas acompanhadas com leite, aveia, linhaça, granola *diet* ou como sobremesa após as refeições, sendo preferencialmente com casca ou bagaço, por possuírem maiores quantidades de fibras.
6. Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salchicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, *chips*, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas. Use pouco sal para cozinhar.
7. Diminua o consumo de alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguiça, suã etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga). Prefira leite semidesnatado ou desnatado e carnes magras (músculo, acém, lombo etc.).
8. Consuma peixes, assados e cozidos, pelo menos uma vez por semana.
9. Reduza a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evite o uso da banha de porco. Prefira alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.
10. Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <<http://goo.gl/zil8qZ>>.

▪ Tratamento medicamentoso

O tratamento do DM consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, semelhante ao que já foi discutido no manejo da HAS, que pode ser associado ou não ao tratamento medicamentoso. O manejo clínico da insulinização do DM tipo 2 pode ser prioritariamente realizado na atenção básica. O paciente com DM tipo 1 geralmente é acompanhado na atenção especializada, mas também recebe cuidados na atenção básica e essa deve estar à sua disposição.

O principal item do manejo do paciente diabético é o controle glicêmico que, por si só, já previne complicações e reduz a morbimortalidade. A meta na redução da glicemia para adultos é hemoglobina glicada (HbA1c) menor

que 7%, que corresponde a glicemia em jejum entre 70 e 130 mg/dL e pós-prandial abaixo de 180 mg/dL (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Os pacientes com DM tipo 1 necessitam sempre de terapia com insulina, que deve ser administrada de três a quatro vezes ao dia, tanto basal quanto prandial, e ajustada às medidas de glicemia capilar realizadas ao longo do dia. Geralmente são manejados na atenção especializada.

O DM tipo 2 exige o tratamento não farmacológico, que pode ser complementado, em alguns casos, com antidiabéticos orais e, às vezes, com insulina basal. Os antidiabéticos orais são escolhidos quando o quadro não responde apenas às medidas não medicamentosas. Os que estão disponíveis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) são listados abaixo (BRASIL, 2013c):

Quadro 16 - Medicamentos de uso oral disponíveis na Rename para o tratamento do DM.

MEDICAMENTOS HIPOGLICEMIANTEs, EXCLUINDO INSULINAS		
BIGUANIDAS		
Denominação genérica	Concentração	Apresentação
cloridrato de metformina	500 mg	comprimido
cloridrato de metformina	850 mg	comprimido
DERIVADOS DA UREIA, SULFONAMIDAS		
Denominação genérica	Concentração	Apresentação
glibenclamida	5 mg	comprimido
gliclazida	30 mg	comprimido de liberação controlada
gliclazida	60 mg	comprimido de liberação controlada
gliclazida	80 mg	comprimido

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: Rename 2013. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. 200p. Disponível em: <http://goo.gl/aMAIQO>.

Se a meta glicêmica não é alcançada em três meses com o tratamento não farmacológico, sugere-se acrescentar metformina. Recomenda-se iniciar em doses baixas (500 mg ou ½ comprimido de 850 mg), durante ou após as refeições. Caso não haja efeitos adversos nos sete dias seguintes, pode-se aumentar a dose, pois a dose efetiva costuma ser 850 mg duas vezes ao dia.

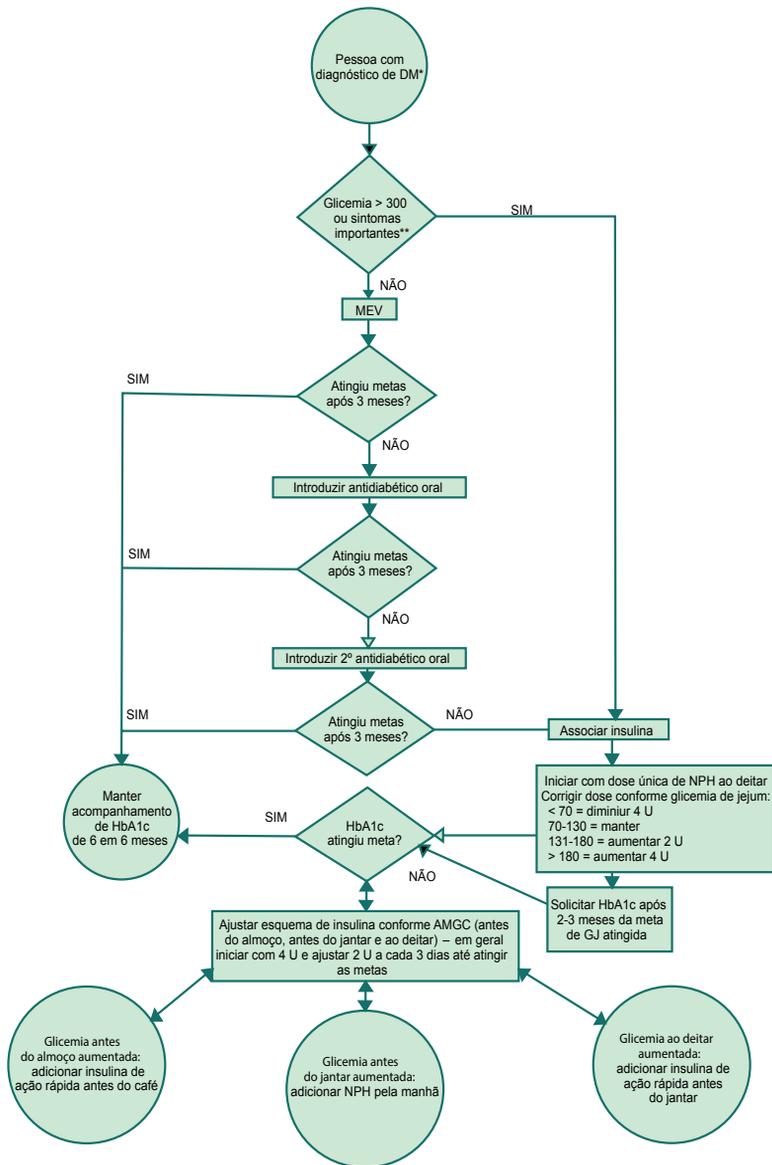
Quando a meta não for atingida após o período de três a seis meses em uso de metformina, sugere-se associá-la à sulfonilureia (2ª linha), e se ainda assim o controle não for alcançado deve-se pensar na terceira linha, composta pelas insulinas de ação intermediária ou longa.

Quadro 17 - Insulinas disponíveis no SUS.

Insulinas					
	Início	Pico	Duração	Posologia	Aspecto
Ação rápida					
Regular	30 - 60 min	2 - 3 h	8 - 10 h	30 minutos antes das refeições 1- 3x/dia	cristalino
Ação intermediária					
NPH	2 - 4 h	4 - 10 h	12 - 18 h	recomendar dose noturna às 22 h	turvo
Todas as insulinas disponíveis no Brasil têm concentração de 100 unidades/ml.					

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: < <http://goo.gl/2rvxtv>>.

Figura 7 - Fluxograma de tratamento do DM tipo 2.



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre a diabetes mellitus:

Acesse o Caderno de Atenção Básica Nº 36: Diabetes Mellitus.

<http://goo.gl/2rvxty>.

Veja as atribuições do profissional médico na avaliação e controle dessas doenças no **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus - Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus em** <http://goo.gl/VvJ9gC>.

5 CÂNCER

Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de cem doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos.

Uma célula normal pode sofrer uma mutação genética, ou seja, alterações no DNA dos genes. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades.

Estudos mostram uma mudança da mortalidade no Brasil para os principais tipos de câncer nos últimos 27 anos, padronizada por idade, segundo a População Padrão Mundial. Nos homens, as taxas de mortalidade por câncer de pulmão, próstata e colorretal estão aumentando, as de câncer gástrico estão diminuindo e as de câncer de esôfago estão estáveis. Nas mulheres, as taxas de mortalidade por câncer de mama, de pulmão e colorretal aumentaram, enquanto as de câncer do colo do útero e do estômago diminuíram.

A diminuição de mortes atribuíveis ao câncer do colo uterino nas duas últimas décadas, especialmente nas capitais brasileiras, vem acontecendo paralelamente à melhoria das práticas de rastreamento, que foram introduzidas nos anos 1980 e vêm sendo aperfeiçoadas desde 1998. De 2003 a 2008, a frequência de mulheres entre 25 e 59 anos de idade que relataram ter feito pelo menos um teste de Papanicolaou nos três anos anteriores aumentou 25%, alcançando 84,6% em 2008 (ANTUNES; WUNSCH-FILHO, 2006; GARRA; VALENTE; SILVA, 2010).

SAIBA MAIS!

A publicação **ABC do câncer** traz muitas informações sobre etiologia, diagnóstico precoce, ações integradas e políticas e programas para o controle do câncer no Brasil. Acesse: <http://goo.gl/XX46MG>.

REFLITA COMIGO!

Na prática, o controle de qualquer doença depende muito das ações de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento e assistência direta aos pacientes, que é realizada pelos profissionais em saúde, comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida, seja do indivíduo ou da população, nos diversos tipos de serviços de saúde. Na sua equipe de trabalho existem ações que focam o combate ou controle do câncer?

Em nossa equipe de saúde a principal medida de prevenção está voltada para detecção precoce do câncer do colo do útero. Estamos sempre com ações de mobilização da necessidade de se realizar o exame preventivo pelo menos uma vez ao ano. Temos consciência que as mulheres ou o câncer de colo de útero não são os únicos grupos populacionais ou tipos da doença nos quais devemos agir, e por isso a equipe está propondo ações para o combate do câncer de próstata e pênis.



5.1 Detecção precoce do câncer

A detecção precoce do câncer possibilita instituir uma terapia mais simples e efetiva, além de reduzir a morbidade associada à doença e diminuir os gastos do sistema de saúde. Espera-se que os profissionais de saúde saibam reconhecer os sinais de alerta dos cânceres mais comuns, para que esse diagnóstico precoce seja feito. Os principais sinais a serem reconhecidos, de acordo com cada um dos mais comuns tipos de câncer, são:

Quadro 18 - Sinais e sintomas associados ao câncer passíveis de diagnóstico precoce.

Localização do câncer	Sinais de alerta
Mama	Nódulo mamário, assimetria, retração da pele, recente retração do mamilo, descarga papilar sanguinolenta, alterações eczematosas na aréola.
Colo do útero	Dor e sangramento após relação sexual, corrimento vaginal excessivo.
Cólon e reto	Mudança nos hábitos intestinais, perda inexplicada de peso, anemia, sangue nas fezes.
Cavidade oral	Lesões brancas (leucoplasia) ou vermelhas (eritroplasia), massa ou ulceração na boca.
Nasofaringe	Sangue pelo nariz, permanente congestão nasal, perda da audição, nódulos na parte superior do pescoço.
Laringe	Rouquidão persistente.
Estômago	Dor abdominal superior crônica, sem melhora com tratamento clínico, aparecimento recente de indigestão, perda de peso.
Pele melanoma	Lesão marrom em crescimento, com bordas irregulares ou áreas de coloração irregular que podem coçar ou sangrar.
Outros cânceres de pele	Ceratose (lesão ou ferida na pele que não cura).
Bexiga	Dor, ato de urinar frequente e difícil, sangue na urina.
Próstata	Demora em iniciar e finalizar o ato urinário, frequente ato de urinar durante a noite (nictúria).
Retinoblastoma	Mancha branca na pupila, estrabismo convergente (na infância).
Testículo	Aumento de um testículo (assimetria).

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://goo.gl/eWgHvv>.

Conforme o Ministério da Saúde, é recomendado que os cânceres de mama, colo de útero, colón e reto, estômago, pele, próstata, pulmão, cavidade oral e esôfago estejam nas ações de rastreamento e diagnóstico precoce das equipes de saúde (BRASIL, 2010).

A detecção precoce pode salvar vidas, reduzir a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento das doenças. Ela deve ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde.

5.2 Recomendações para rastreamento

Vejamos as propostas de rastreamento para diferentes tipos de câncer indicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

Tipo de câncer	Recomendação
Rastreamento de câncer do colo do útero	<ul style="list-style-type: none">• Recomenda-se fortemente o rastreamento de câncer do colo do útero de mulheres sexualmente ativas e que tenham a cérvix.• Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos que tiveram um rastreamento com Papanicolau normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer.• Recomenda-se contra o rastreamento de câncer do colo do útero em mulheres que realizaram histerectomia total.
Rastreamento de câncer de mama	<ul style="list-style-type: none">• Recomenda-se o rastreamento de câncer de mama bianual por meio de mamografia para mulheres entre 50 e 74 anos.• A decisão de começar o rastreamento bianual com mamografia antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada, levando em consideração o contexto da paciente, os benefícios e os malefícios.

<p>Rastreamento de câncer da próstata</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Rastreamento de câncer de cólon e reto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se o rastreamento para o câncer de cólon e reto usando pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia, em adultos entre 50 e 75 anos. Os riscos e os benefícios variam conforme o exame de rastreamento. • Recomenda-se contra o rastreamento de rotina para câncer de cólon e reto em adultos entre 76 e 85 anos. Pode haver considerações que suportem o rastreamento desse câncer individualmente. • Recomenda-se contra o rastreamento de câncer de cólon e reto em pacientes de 85 ou mais.

6 SAÚDE MENTAL

Muito frequentemente os profissionais de saúde centram suas atenções e seus esforços na doença como algo a ser resolvido, cujos sintomas devem acabar. Por esse motivo, é comum que o profissional sinta-se receoso e, muitas vezes, frustrado, no manejo das doenças aqui discutidas, pois nem sempre conseguirá corresponder com as expectativas de “cura”. (BRASIL, 2013d).

A atual política brasileira de saúde mental foi fruto de uma mobilização iniciada na década de 1980, para mudar a realidade dos manicômios. Visa inserir esses pacientes na sociedade em vez de excluí-los em circuitos paralelos. Assim, em 2000 foi fortalecida a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e

surgiram diversas entidades substitutivas aos manicômios: os Caps (Centro de Atenção Psicossocial), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, dentre outros (BRASIL, 2013d).

A maior parte da carga originada de transtornos neuropsiquiátricos se deve à depressão, ansiedade, às psicoses e aos transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool. Na *World Health Survey*, realizada em 2003 com métodos padronizados internacionalmente, 18,8% dos brasileiros relataram ter recebido um diagnóstico de depressão nos últimos 12 meses (WHO, 2010).

Estudos com critérios mais amplos para transtornos mentais comuns (TMC; estados mistos de depressão e ansiedade) relataram que cerca de 30% dos adultos brasileiros apresentaram tais sintomas (MARAGNO et al., 2006). Depressão e TMC foram mais prevalentes em pessoas com níveis mais baixos de educação e renda e em pessoas que estavam desempregadas.

SAIBA MAIS!

Entenda mais sobre a política nacional de saúde mental e o acolhimento desses agravos na atenção básica. Acesse o Caderno de Atenção Básica 34: Saúde Mental: <http://goo.gl/468LjJ>.

Considerações finais

Ao final de sua leitura você pôde recordar diversas abordagens no tratamento das doenças crônicas apresentadas, principalmente no controle da HAS e DM. Tão importante quanto reconhecer sinais ou sintomas clínicos de uma doença é compreender como o indivíduo se relaciona com ela e como seus hábitos de vida poderão influenciar no tratamento indicado. Reportar efeitos colaterais do uso contínuo das medicações necessárias também é de grande importância para que essa pessoa possa reconhecer as possíveis alterações e adequá-las ao seu ritmo de vida e de seus familiares.

Lembre-se: o tratamento das condições crônicas apresentadas no texto requer atenção integral.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes.

Diabetes Care, Alexandria, v. 36, supl. 1, p. S11-66, 2013.

ANTUNES J. L.; WUNSCH-FILHO, V. The effect of performing corrections on reported uterine cancer mortality data in the city of São Paulo. **Braz J Med Biol Res**, v. 39, p. 1091-99, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento.**

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais

Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em:

<http://goo.gl/yeyXi8>. Acesso em: 17 abr. 2014.

_____. _____. _____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.**

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 28 p. Disponível em:

<http://goo.gl/u2qANr>. Acesso em: 16 abr. 2014.

_____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em:

<http://goo.gl/J3x8dv>. Acesso em: 16 abr. 2014.

_____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <

<http://goo.gl/O4jTMa>>.

Acesso em: 16 abr. 2014.

____. ____ ____ **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013e. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: < <http://goo.gl/pnOUja>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

____. ____ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: Rename 2013. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013 c. 200 p. Disponível em: <http://goo.gl/xfF74f>. Acesso em: 17 abr. 2014.

____. ____ Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011 d. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. A. Correction for reported cervical cancer mortality data in Brazil, 1996-2005. **Rev Saúde Pública**, v. 44, p. 629-38, 2010.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. São Paulo: Artmed, 2012. v. 2.

MARAGNO, L. et al. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p. 1639-48, 2006.

MARASCHIN, Jorge de Faria et al. Classificação do diabete melito. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 2, p. 40-46, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/FOgbfV>. Acesso em: 15 abr. 2014.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

SCHMIDT, Maria Inês et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-74, maio. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/Oqppq1l>. Acesso em: 16 abr. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associaados.pdf. Acesso em: 15 abr. 2014.

SPAHN, J. M. et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. **Journal of The American Dietetic Association**, v. 110, n. 6, p. 879-891, 2010.

WHO. **World Health Survey Results**. 2010.

Leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006a.

____. _____. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://goo.gl/druS88>. Acesso em: 27 out. 2012.

____. _____. **Dicas em saúde**. 2008. Disponível em: <http://goo.gl/OTUDt4>. Acesso em: 23 out. 2012.

____. _____. Por uma vida longa e sempre saudável. **Saúde, Brasil**, Brasília, n. 148, set. 2008. Disponível em: < <http://goo.gl/51mYIm>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

____. _____. _____. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <http://goo.gl/F54mBn>. Acesso em: 8 abr. 2014.

____. _____. _____. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**: manual de gestão e gerenciamento. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006d.

____. _____. _____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006e. 197 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

____. _____. _____. **Vigilância em saúde**: zoonoses. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 224 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 22).

____. _____. _____. **Obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006f. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação da Tuberculose: avanços e desafios**. Brasil, 2005.

____. _____. _____. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

____. _____. _____. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

____. _____. _____. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

CENTER DISEASE OF PREVENTION AND CONTROL. **Promoting physical activity: a best buy in public health**. 2000.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J.N. et al. (Org.). **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. p. 11-2.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 15, p. 345-53, 1999.

GADELHA, Paulo; CARVALHO, José Noronha de; PEREIRA, Telma Ruth (Org.). **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://goo.gl/4B6GFu>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

GESINA L.; LONGENECKER, P. H. D. **Como agem as drogas**: o abuso de drogas e o corpo humano. São Paulo: Quarts Books, 1998, p. 40-42.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010. 245 p. Disponível em: < <http://goo.gl/eRPz18>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

LIGNANI, J. R. L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos antiretrovirais sem pacientes com infecção pelo HIV/aids. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 495-501, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto**: Tuberculose. Belo Horizonte, 2006. 144 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20.

PEDROSO, E. R. P. Infecções emergentes e reemergentes. In: Rocha, M. O. C.; PEDROSO, E. R. P. **Fundamentos em infectologia**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. cap. 3. p. 275-86.

ROSENTHAL, C. **Especialistas explicam quais vacinas adultos e idosos precisam tomar**. Disponível em: <http://goo.gl/fsRpwn>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SAÚDE baseada em evidências. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/2nEpmI>. Acesso em: 8 nov. 2012.

WHO. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.