



Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

Ronaldo Zonta
Armando Henrique Norman
Charles Dalcanale Tesser
Marina P. Galhardi
Nuno de Mattos Capeletti



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

Ronaldo Zonta
Armando Henrique Norman
Charles Dalcanale Tesser
Marina P. Galhardi
Nuno de Mattos Capeletti

Florianópolis, SC
UFSC
2017



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



R229

Rastreamento, check-up e prevenção quaternária [Recurso eletrônico] / Ronaldo Zonta... [et al]. - Florianópolis: UFSC, 2017. 157 p. : il. color.

Modo de acesso:

Conteúdo do módulo: Unidade 1 – Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária. – Unidade 2 – Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos. – Unidade 3 – Recomendações sobre rastreamento na criança. - Unidade 4 - A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária.

ISBN: 978-85-8267-121-4

1. Rastreamento. 2. Exames médicos. 3. Prevenção quaternária. I. UFSC. II. Zonta, Ronaldo. III. Norman, Armando Henrique. VI. Tesser, Charles Dalcanale. V. Galhardi, Marina P. VI. Capeletti, Nuno de Mattos. VII. Título.

CDU: 364.2

GOVERNO FEDERAL

Ministério da Saúde
Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)
Departamento de Planejamento e Regulação da
Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS)

Universidade Federal de Santa Catarina

Reitor: Ubaldo Cesar Balthazar
Vice-Reitora: Alacoque Lorenzini Erdmann
Pró-Reitor de Extensão: Rogério Cid Bastos

Centro de Ciências da Saúde

Diretor: Celso Spada
Vice-Diretor: Fabrício Neves

Departamento de Saúde Pública

Chefe do Departamento: Fabrício Augusto
Menegon
Subchefe do Departamento: Maria Cristina
Marino Calvo

Equipe Técnica do Ministério da Saúde

Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)
Paulo Coury
Olga Rodrigues
Roberto Esteves
Rodrigo Lima

**Departamento de Planejamento e Regulação da
Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS)**

Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação
na Saúde (SGTES)
Fernão Lopes
Denise Leite

**Departamento de Atenção Básica(DAB) /
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)**

Mariana Alencar Sales
Graziela Tavares

Gestor geral do projeto

Antonio Fernando Boing

Equipe de produção editorial

Carolina Carvalho Bolsoni
Deise Warmling
Sabrina Blasius Faust
Sheila Rubia Lindner

Equipe executiva

Alexandra Crispim Boing
Renata Candemil
Rosângela Leonor Goulart
Sheila Rubia Lindner

Consultoria técnica

Jardel Corrêa de Oliveira
João Silveira

Autoria do Módulo

Ronaldo Zonta
Armando Henrique Norman
Charles Dalcanale Tesser
Marina P Galhardi
Nuno de Mattos Capeletti

Identidade visual e Projeto gráfico

Pedro Paulo Delpino

Diagramação

Karina Silveira

Ilustrações

Tarik Assis

Esquemáticos

Naiane Cristina Salvi

Design instrucional, revisão de língua portuguesa e ABNT

Eduard Marquardt

Equipe de produção do conteúdo online

Dalvan Antonio de Campos
Larissa Pruner Marques

Fonte para imagens e esquemáticos

Fotolia

Caro aluno,

Seja bem-vindo!

Este módulo apresenta e discute aspectos essenciais dos rastreamentos ou screenings, também conhecidos como check-ups, uma forma de prevenção cada vez mais utilizada na atenção primária à saúde (APS). Além disso, você irá conhecer as melhores evidências e práticas para recomendar (e também deixar de recomendar) rastreamentos para seus pacientes adultos e crianças nas mais variadas situações, assim como refletir sobre a organização do processo de trabalho para melhor atender essas demandas.

A existência de algumas diretrizes oficiais que mencionam a prevenção como prioritária na APS tende a construir uma cultura acrítica que supervaloriza ações e cuidados

preventivos. Entretanto, neste módulo você vai entender que os rastreamentos são uma forma particularmente problemática e complexa de ação preventiva que exige muito cuidado na sua recomendação, tanto por parte dos gestores do sistema como dos profissionais da APS.

Embora os rastreamentos tenham o potencial de produzir benefícios às pessoas e à coletividade - e pareçam ser simples de implementar, devido ao aspecto protocolar de suas recomendações - a maioria deles tende a produzir danos. Entender esses danos, muitos deles difíceis de serem reconhecidos pelos usuários e por você profissional de saúde, é um pré-requisito para que se possa evitar ao máximo situações e práticas que facilitam sua ocorrência. Isso requer uma mudança de atitude para a prática da prevenção quaternária (P4), que tem por objetivo evitar o excesso de intervenções

que podem causar mais mal do que bem. A P4 é muito importante no caso do manejo das recomendações e das demandas por rastreamentos.

Esperamos que você possa usufruir deste módulo, aprimorar a sua prática profissional e adquirir mais clareza, segurança e competência para manejar as situações e pressões cada vez mais frequentes na APS em que ações preventivas, e particularmente os rastreamentos, estão envolvidos.

Ronaldo Zonta

Armando Henrique Norman

Charles Dalcanale Tesser

Marina P. Galhardi

Nuno de Mattos Capeletti

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

Objetivos do módulo Carga horária recomendada para este módulo

- Possibilitar a reflexão crítica sobre a literatura científica a partir dos conceitos da epidemiologia clínica e medicina baseada em evidências.
- Apresentar conceitos básicos sobre rastreamento, check-up, detecção precoce e prevenção quaternária.
- Discutir as atuais recomendações de rastreamento na população.
- Possibilitar a reflexão crítica sobre a realização de todo escopo de estratégias de rastreamento e a organização do processo de trabalho na atenção primária.

60 horas

Unidade 1

Rastreamento, <i>check-up</i>, e prevenção quaternária	11
1.1 Introdução: o que são os rastreamentos e seus tipos	12
1.2 Rastreamento e prevenção: relacionando classificações e conceitos	16
1.2.1 Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária (P4)	17
1.2.2 Prevenção redutiva e aditiva.....	20
1.2.3 Estratégias preventivas de alto risco e de abordagem populacional.....	21
1.3 Importância da P4 na recomendação dos rastreamentos.....	27
1.3.1 Diferenças entre prevenção (incluindo rastreamentos) e cuidado clínico aos adoecidos	27
1.3.2 Consequências atitudinais para com os rastreamentos	29
1.3.3 Para entender os danos iatrogênicos dos rastreamentos.....	34
1.3.4 Vieses dos rastreamentos	37
1.4 Considerações finais: síntese para a abordagem dos rastreamentos na APS	43
1.5 Resumo da unidade	45
1.6 Recomendação de leituras complementares.....	46

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos	47
2.1 'Doutor, quero fazer um check-up'	47
2.2 Rastreamento de condições crônicas do estilo de vida.....	49
2.2.1 Dislipidemia e Avaliação Global do Risco Cardiovascular (RCV)	49

2.2.2 Hipertensão arterial (HAS).....	55
2.2.3 Diabetes Mellitus tipo 2 (DM).....	58
2.2.4 Uso de tabaco.....	61
2.2.5 Uso arriscado de álcool.....	61
2.2.6 Sobrepeso e Obesidade.....	62
2.3 Rastreamento e prevenção do câncer.....	63
2.3.1 Câncer de colo de útero.....	63
2.3.2 Câncer de cólon e reto.....	66
2.3.3 Câncer de mama.....	67
2.4 Rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).....	72
2.4.1 HIV.....	72
2.4.2 Sífilis.....	72
2.4.3 Hepatite B.....	74
2.4.4 Hepatite C.....	75
2.4.5 Clamídia e Gonorreia.....	75
2.5 Rastreios não recomendados.....	76
2.5.1 Câncer de próstata.....	76
2.5.2 Câncer de pele.....	78
2.5.3 Câncer de boca.....	78
2.5.4 Câncer de pulmão.....	79
2.5.5 Câncer de ovário.....	80

2.5.6 Câncer de testículo.....	80
2.5.7 Osteoporose	80
2.6 O rastreamento no idoso.....	81
2.7 O rastreamento em mulheres	83
2.8 O rastreamento em homens	86
2.9 O rastreamento em Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)	88
2.10 Resumo da unidade.....	93
2.11 Recomendação de leituras complementares	93
Unidade 3	
Recomendações sobre rastreamento na criança	94
3.1 Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).....	97
3.1.1 Fenilcetonúria	98
3.1.2 Hipotireoidismo Congênito	98
3.1.3 Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias	99
3.1.4 Fibrose Cística	100
3.1.5 Hiperplasia Adrenal Congênita	101
3.1.6 Deficiência de Biotinidase.....	101
3.2 Triagem Auditiva.....	102
3.3 Triagem Visual.....	104
3.3.1 Pesquisa de reflexo vermelho (Teste do Olhinho).....	105

3.3.2	Avaliação de estrabismo.....	106	
3.3.3	Verificação da acuidade visual.....	106	
3.4	Outras avaliações por exames complementares	106	
3.4.1	Coleta de exames de urina e fezes.....	107	
3.4.2	Coleta de exames de sangue.....	107	
3.5	Outras avaliações por exame físico	110	
3.5.1	Sistema cardiovascular	110	
3.5.2	Displasia do Desenvolvimento do Quadril.....	112	
3.5.3	Avaliação testicular.....	113	
3.5.4	Saúde bucal	114	
3.6	Importância do olhar integral	115	
3.7	Resumo da unidade.....	115	
3.8	Recomendação de leituras complementares	116	
Unidade 4			
A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária			117
4.1	Atenção primária à saúde: equilíbrio entre ações preventivas e curativas.....	118	
4.2	Saúde e seu paradoxo	119	
4.3	Abordagem centrada na pessoa, prevenção quaternária, e medicalização.....	121	
4.3.1	O método clínico centrado na pessoa	123	
4.3.2	Prevenção quaternária na prática da consulta em APS	124	
4.4	Gestão da clínica: acolhimento, acesso avançado e organização da agenda.....	127	

4.4.1 Acolhimento.....	128
4.4.2 Análise da demanda.....	129
4.4.3 Organização da agenda	130
4.4.4 Ferramentas de organização das ações de rastreamento	135
4.5 Resumo da unidade.....	137
4.6 Recomendação de leituras complementares	138
Encerramento do módulo	139
Referências	140
Minicurriculo dos autores	154

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

Esta unidade apresenta e discute aspectos essenciais dos rastreamentos ou screenings, também conhecidos como check-ups, uma forma de prevenção cada vez mais utilizada na atenção primária à saúde (APS). A existência de algumas diretrizes oficiais que mencionam a prevenção como prioritária nesse ambiente de saúde tende a construir uma cultura acrítica que supervaloriza ações e cuidados preventivos. Entretanto, nesta unidade você vai entender que os rastreamentos são uma forma particularmente problemática e complexa de ação preventiva que exige muito cuidado na sua recomendação, tanto por parte dos gestores do sistema como dos profissionais da APS.

Embora os rastreamentos tenham o potencial de produzir benefícios às pessoas e à coletividade – e pareçam ser simples de implementar, devido ao aspecto protocolar de suas recomendações – a maioria deles tende a produzir danos.

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

Figura 1 – Rastreamento: como proceder adequadamente?



Entender esses danos, muitos deles difíceis de serem reconhecidos pelos usuários e por você, profissional da saúde, é um prerequisite para que se possa evitar ao máximo situações e práticas que facilitam sua ocorrência. Isso requer uma mudança atitudinal para a prática da prevenção quaternária (P4), que tem por objetivo evitar o excesso de intervenções que possam causar mais mal do que bem. A P4 é muito importante

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

no caso do manejo das recomendações e das demandas por rastreamentos.

Esperamos que você possa usufruir desta unidade e com ela ter mais clareza, segurança e competência para manejar as situações e pressões cada vez mais frequentes na APS, em que ações preventivas, e particularmente os rastreamentos, estão envolvidos.

Boa leitura!

Nossos objetivos educacionais são:

- apresentar conceitos básicos sobre “Rastreamento e Prevenção Quaternária”;
- facilitar a reflexão crítica sobre a realização de rastreamentos e a organização do processo de trabalho na atenção primária à saúde.

O objetivo desta unidade, portanto, é apresentar conceitos fundamentais sobre rastreamento e prevenção quaternária. Pretendemos favorecer a reflexão crítica quanto às decisões e orientações dos

profissionais aos usuários do SUS sobre a realização de rastreamentos, bem como sua organização no processo de trabalho na atenção primária à saúde (APS). Isso é importante para que você e seus colegas, no dia a dia de trabalho, possam construir uma postura equilibrada na organização da rotina assistencial e na interação com os usuários.

Começaremos pelo conceito de rastreamento e sua relação com algumas classificações das ações de prevenção, incluindo a prevenção quaternária, importantes para o manejo criterioso dos rastreamentos na APS.

1.1 Introdução: o que são os rastreamentos e seus tipos

Os rastreamentos são definidos como a aplicação de testes ou procedimentos biomédicos em pessoas assintomáticas, de grupos populacionais definidos, com o propósito de dividi-las em dois subgrupos:

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

aquelas que podem vir a ser beneficiadas pela intervenção diagnóstica e terapêutica precoce, e aquelas que não (GATES, 2001)



Note que o rastreamento é uma intervenção em pessoas a princípio saudáveis, que visa reduzir a morbimortalidade atribuída a uma doença específica, em que o diagnóstico precoce é apenas um instrumento, um meio, e não um fim. Muitas pessoas assintomáticas deverão ser submetidas a sequências de intervenções para que apenas algumas delas sejam beneficiadas, de modo a impactar a morbimortalidade nos grupos populacionais.

A palavra em inglês para rastreamento é screening, que deriva do substantivo screen, que significa tela. Tela, no seu sentido original e na sua raiz etimológica significa peneira. No espanhol ocorreu uma tradução mais próxima à do inglês, tamizaje, que

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

significa peneirar. Os orifícios da tela da peneira têm relação com as características operativas de cada exame de rastreamento, isto é: sensibilidade e especificidade.

A sensibilidade é a capacidade de um exame ser positivo quando testado entre as pessoas previamente doentes (verdadeiros positivos). Um teste com sensibilidade de 90% significa que 10% dos casos serão falsos negativos (pessoas com a patologia, porém com exame negativo). Desse modo, um exame com grande sensibilidade é importante para detectar o maior número possível de indivíduos com a patologia. Na prática, um exame altamente sensível, quando negativo, descarta a patologia rastreada.

A especificidade é a capacidade de um exame ser negativo quando testado entre as pessoas previamente saudáveis (verdadeiros negativos). Especificidade de 90% significa que 10% dos casos serão falsos-positivos (exames positivos sem a patologia presente). Um exame

com grande especificidade é importante para excluir dos resultados positivos as pessoas saudáveis. Na prática, um exame altamente específico quando positivo é útil para confirmar a patologia rastreada. Especificidade e sensibilidade nunca são 100%, logo há sempre margem de erro. Além do mais, o entendimento do rastreamento enquanto peneiramento distancia essa atividade do pensamento de que rastrear é igual a diagnosticar. Aplicar testes de rastreamento significa apenas a fase inicial de peneiramento de um grupo populacional que deverá ser submetido a outras etapas para receber o diagnóstico final e o respectivo tratamento, se cabível, envolvendo todas as possibilidades, falhas e danos possíveis decorrentes do processo.

A figura a seguir sintetiza a dinâmica e o fluxo cíclico dos rastreamentos, com as situações possíveis deles decorrentes:

a) rastreamento negativos (bonecos verdes

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

que passam pela peneira);

b) situações limítrofes, que requerem monitoramento mais de perto e comum repetição mais frequente do rastreamento (boneco marcado com retângulo roxo);

c) pessoas com rastreamento negativo que adoecem (situação do falso negativo e dos que adoecem entre um rastreamento e outro (boneco marcado em vermelho);

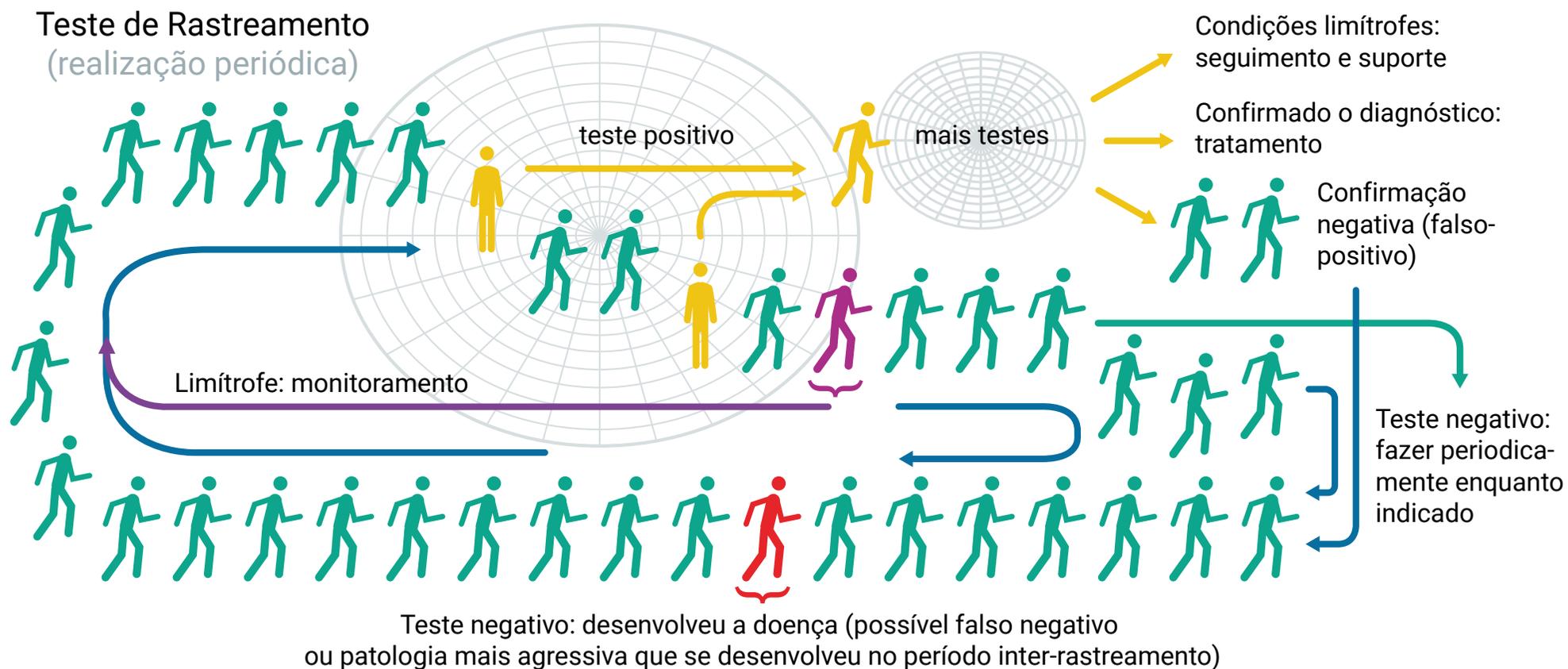
d) rastreamento positivo (bonecos laranjas, que são submetidos a testes adicionais – as três flechas laranjas pequenas). Os testes adicionais podem gerar por sua vez três situações:

d1) confirmação diagnóstica, que demandará tratamento;

d2) negatificação diagnóstica (no caso dos falsos-positivos, que são frequentes);

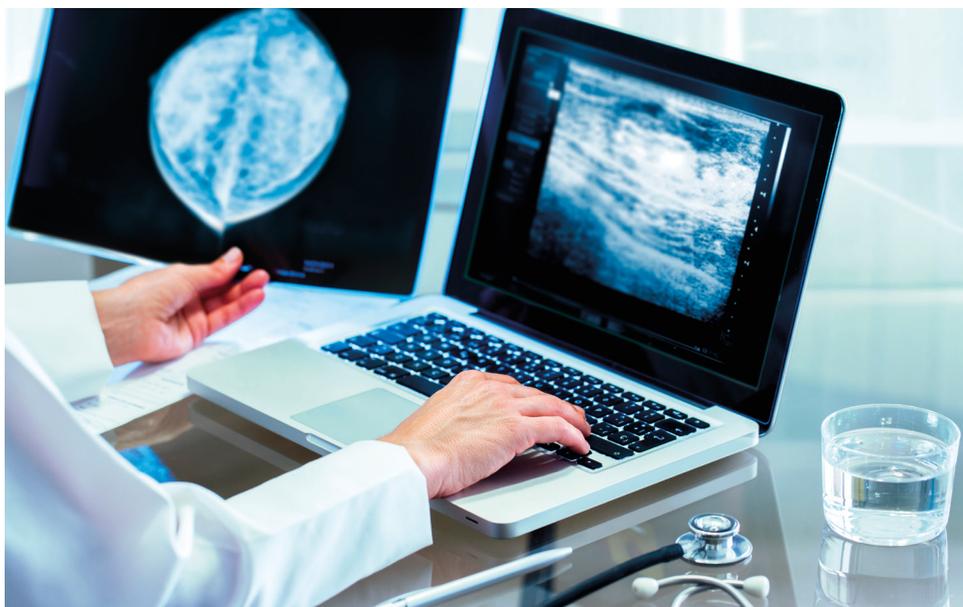
d3) condições limítrofes, que demandarão seguimento e suporte, comumente com repetição de testes adicionais.

Figura 2 – Dinâmica dos processos de rastreamento



* Inclui tanto os indivíduos beneficiados quanto os sobrediagnosticados e sobretratados - vide item 1.3.4.
Fonte: Adaptado de UK National Screening Committee (2016, p. 5).

Figura 3 – Mamografia: necessidade de dupla leitura cegada



Como os rastreamentos são ações aplicadas em pessoas assintomáticas, é necessário que haja um controle de qualidade de cada uma das etapas devido aos potenciais danos dos falsos positivos, falsos negativos e dos seguimentos das situações de indeterminação, tais como ASCUS, BIRADS III, hipotireoidismo subclínico, intolerância à glicose etc. No caso da leitura de mamografias, há a necessidade de dupla leitura cegada (leitura

de mamografia por profissionais independentes) para diminuir as chances de falsos positivos e falsos negativos.

Assim, o rastreamento requer, por princípio ético, uma padronização dos equipamentos e dos laboratórios de patologia, a fim de reduzir potenciais danos. Toda essa complexidade fez com que países como Canadá, Reino Unido, Holanda, entre outros, organizassem programas de rastreamento com certificação de qualidade (RAFFLE; GRAY, 2007).

O rastreamento pode ser classificado em dois tipos polares:

- programas organizados de rastreamento com certificação de qualidade;
- programas “não organizados” de rastreamento.

O primeiro refere-se a uma política de saúde pública que segue a lógica de uma “linha de produção”, em que se avalia todas as etapas críticas do programa de rastreamento. No Brasil, o rastreamento do câncer de colo uterino é o que mais busca se aproximar de um programa organizado. Entretanto, nacionalmente existem enormes iniquidades, tanto em termos de padrão de qualidade como de cobertura. Por exemplo, a mortalidade atribuída ao câncer de colo uterino é maior na região Norte, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, refletindo a baixa cobertura do rastreamento de câncer de colo de útero, quando comparado com as regiões sul e sudeste (INCA, 2017).

Os programas “não organizados”, também chamados de rastreamento oportunístico, carecem de processos avaliativos bem estruturados de cada etapa e de seguimento dos pacientes desde a fase inicial do rastreamento (convite) até as fases de diagnóstico e tratamento da patologia em questão. Assim, os programas não organizados de rastreamento têm potencial iatrogênico maior quando comparados com os programas organizados (BRASIL, 2010).

RASTREAMENTO OPORTUNÍSTICO	RASTREAMENTO ORGANIZADO
Solicitação de exames de rastreamento de forma não sistemática, ou seja, solicitados em uma consulta realizada pelo paciente por algum outro motivo ou em consulta de rotina.	Os exames são solicitados de uma forma sistemática para uma população de risco, dentro de um programa estruturado. Deve garantir a cobertura a todas as pessoas consideradas de risco. Um programa só é efetivo se atingir pelo menos 70% da população-alvo e fizer parte do programa a oferta de diagnóstico, tratamento e seguimento efetivo.

No Brasil, na grande maioria das vezes realizamos rastreamento

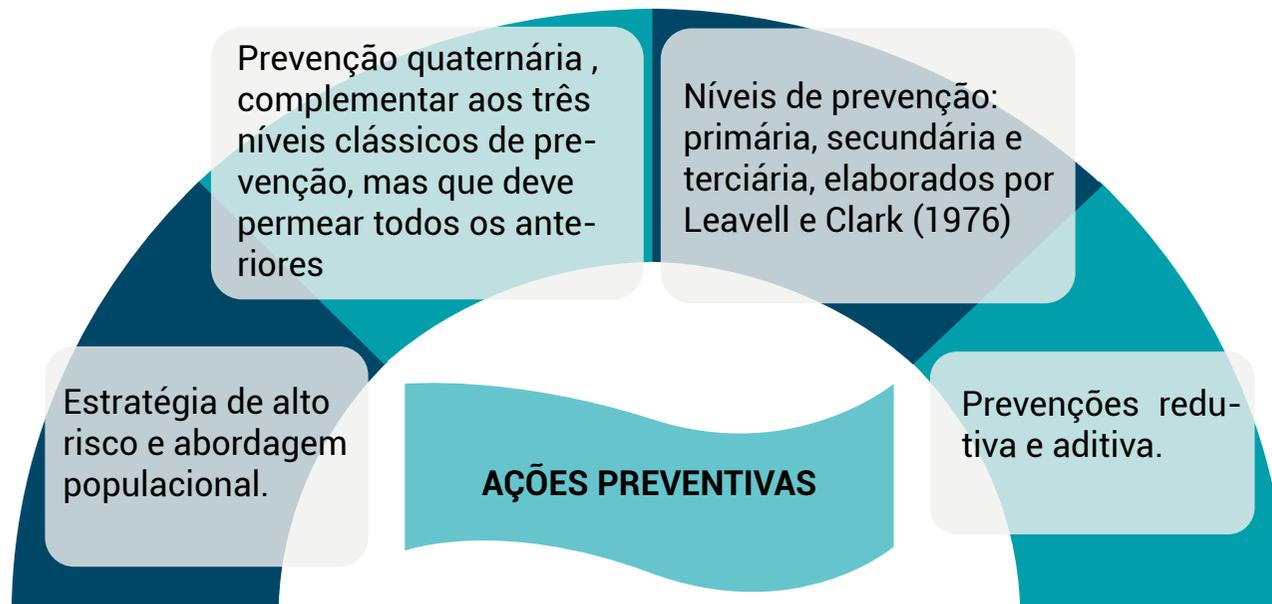
de forma oportunística (por livre procura do paciente ou por indicação pelo profissional durante uma consulta qualquer), sem um programa adequado e organizado de garantia de qualidade. Isso leva a uma falta de controle de qualidade em relação às indicações dos testes, ao modo de rastrear, ao acesso rápido ao exame de rastreio, à complementação diagnóstica e ao tratamento. Isso pode fazer com que mesmo os rastreamentos cujas recomendações sejam bem fundamentadas passem a causar mais danos que benéficos.

Para você entender a complexidade e as consequências do rastreamento nos programas organizados e nas práticas oportunísticas, vamos dar um passo atrás e fazer uma breve revisão sobre conceitos e classificações de ações preventivas e suas características e relações.

1.2 Rastreamento e prevenção: relacionando classificações e conceitos

Prevenir significa, grosso modo, agir ou comportar-se no presente para evitar eventos indesejáveis no futuro. No caso do binômio saúde-doença, pretende-se impedir adoecimentos, suas consequências/complicações e mortes evitáveis. São quatro as classificações das ações preventivas que merecem ser conhecidas pelos profissionais da APS:

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária



1.2.1 Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária (P4)

A **prevenção primária** é a ação preventiva que ocorre antes do adoecimento e visa evitá-lo ou atenuá-lo (LEAVELL; CLARK, 1976). Alguns exemplos típicos são as vacinações, escovar os dentes, fluoretar a água potável.

A **prevenção secundária** visa detectar o adoecimento precocemente para tratá-lo com

mais efetividade, maior brevidade, menor sofrimento e menores danos. Os protótipos da prevenção secundária são os rastreamentos e o diagnóstico (ou detecção) precoce. Este último visa fomentar a conscientização e a percepção precoce dos sinais de problemas de saúde entre usuários e profissionais. Seu pressuposto é de que a detecção de doenças em fase inicial oferece maiores chances de

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

cura, sobrevida e/ou qualidade de vida para o indivíduo (BRASIL, 2010). Atualmente, todavia, tem-se preferido cada vez mais falar em 'diagnóstico oportuno' em vez de detecção precoce, porque a diagnose precoce nem sempre é vantajosa para o paciente.

Diagnóstico oportuno implica uma abordagem mais centrada na pessoa, no seu cuidado ao longo do tempo, visando benefícios e evitando danos. O processo de diagnóstico é uma ponderação de muitos fatores diferentes, variando entre pacientes e dependendo das suas singularidades. Frequentemente o diagnóstico não é um evento único, mas um processo em evolução, que deve viabilizar a diagnose no momento certo para o paciente em particular em circunstâncias específicas.

Portanto, é algo bem diferente do significado de diagnóstico precoce em geral e no sentido cronológico. Infelizmente, os dois termos frequentemente são usados

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

na literatura científica e institucional de forma intercambiável, desconsiderando seus diferentes significados e igualando os termos com o diagnóstico precoce. O diagnóstico oportuno conjuga:

DIAGNÓSTICO OPORTUNO



conhecimento técnico-científico baseado em evidências atualizado

abordagem centrada na pessoa, levando em conta valores crenças e cultura do paciente

relação profissional de saúde-paciente ao longo do tempo

tomada de decisão compartilhada baseada em discussão sobre limites da medicina, benefícios e danos potenciais das intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas

Todavia, muitas diretrizes institucionais governamentais apresentam os benefícios do diagnóstico precoce como certos e axiomáticos, embora várias pesquisas venham revelando os possíveis danos associados ao “diagnóstico precoce” e a novas categorias diagnósticas de “pré-doença”, como o sobrediagnóstico (MOYNIHAN; GLASSOCK; DOUST, 2013). Por exemplo, no caso da demência, destaca-se a falta de evidências dos benefícios do diagnóstico precoce, os perigos do sobrediagnóstico e críticas a diretrizes institucionais que induzem os profissionais da APS à detecção precoce (DHEDHI et al., 2014). É importante você ter claras as diferenças entre diagnóstico precoce, oportuno e rastreamentos, sintetizadas no esquema a seguir.

A **prevenção terciária** é a ação realizada após o adoecimento e seus danos/lesões estarem já

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

Diagnóstico precoce

Reconhecimento pelo paciente ou pelo profissional de saúde de sinais e sintomas de uma doença (como o câncer), a fim de facilitar o diagnóstico antes que a doença piore.

Diagnóstico oportuno

Diagnosticar no momento certo para o paciente em particular em circunstâncias específicas.

Rastreamento

Aplicação de um teste em indivíduos assintomáticos com o fim de identificar aqueles com uma alteração sugestiva de doença, que serão investigadas para confirmação diagnóstica e tratamento em fase assintomática, visando reduzir a morbimortalidade da doença nos rastreados.

instalados. Visa reabilitar, ressocializar e evitar complicações deles decorrentes (LEAVELL;

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

CLARK, 1976). Por exemplo: reabilitar um paciente com sequelas de acidente vascular cerebral. A prevenção terciária se confunde com o próprio cuidado clínico aos já adoecidos.

A **prevenção quaternária (P4)** é a ação visando evitar danos iatrogênicos e medicalização excessiva decorrentes do intervencionismo biomédico, oferecendo alternativas eticamente aceitáveis a esses pacientes. A P4 surgiu no final do século XX na APS europeia e incide sobre a atividade clínica e sanitária, incluindo os outros níveis de prevenção (JAMOULLE, 2015). Ela diz respeito à necessária autocontenção criteriosa da ação profissional e institucional cujo potencial de danos é sabidamente grande. Um exemplo de ação de P4, tanto pelos profissionais como pelas instituições de saúde, seria o desencorajamento do rastreamento generalizado do câncer de próstata na população masculina por meio da dosagem de PSA (antígeno prostático específico) e/ou toque retal (USPSTF, 2016).



A P4 vem se tornando cada vez mais importante, devido ao grande poder de intervenção e de danos da ação clínico-sanitária, preventiva e curativa. Para os profissionais de saúde, ela demanda um grande aperfeiçoamento de habilidades de comunicação, de construção de vínculo e de capacidade de compartilhar decisões e informações com palavras simples acessíveis aos usuários. Por outro lado, exige uma renovada capacidade de crítica e de atualização técnica, hoje facilitada pela internet, sobretudo quanto às ações preventivas, como é o caso dos rastreamentos.



Aprenda mais sobre a prevenção quaternária, lendo os seguintes artigos: "Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde", disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/15.pdf>, e "Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde", disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/prevencao_quaternaria_humanizacao_atencao_primaria.pdf.

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

Os níveis de prevenção de Leavell e Clark foram pensados unicamente a partir do saber médico clínico-epidemiológico, orientado pelo modelo da história natural das doenças, hoje sabidamente problemático. Por exemplo, duas situações questionam o modelo de história natural.



Acompanhe em detalhe:

- **os incidentalomas** – diagnósticos derivados dos achados casuais,

sobretudo em exames de imagem de alta resolução, que em aproximadamente 80% das vezes não têm consequências clínicas (MARIÑO, 2015);

- **os sobrediagnósticos** – diagnósticos corretos de doenças (inclusive câncer) que não teriam repercussão na vida da pessoa, mas que geram tratamentos, devido à impossibilidade de distinção entre casos que evoluiriam para uma doença clinicamente manifesta e aqueles que permaneceriam em estado de “latência” (TESSER; D’ÁVILA, 2016). Tais exemplos, cada vez mais comuns, são potenciais geradores de significativos danos iatrogênicos e de medicalização excessiva, devido às suas múltiplas cascatas de intervenções. Eles demandam fortemente P4.

1.2.2 Prevenção redutiva e aditiva

A prevenção redutiva é a ação que diminui riscos e exposições (já aumentados) decorrentes dos modos de vida modernos, urbanos e industrializados, coletivos e/ou individuais. Trata-se de reduzir a exposição aos produtos químicos na alimentação, o multiprocessamento dos alimentos, o sedentarismo da vida urbana, os riscos e a contaminação química tóxica ambiental e ocupacional, a privação e a iniquidade socioeconômicas (hoje, sabidamente, um

risco e um determinante geral para a saúde-doença), o estresse, a privação do sono, o cansaço excessivo, o excesso de bebidas alcoólicas, o tabagismo, a obesidade etc.

Figura 4 – Prevenção: vida saudável



Exemplos de prevenção redutiva: estimular a mobilidade sustentável que implique em atividade física rotineira, orientar individualmente (e fomentar/viabilizar social e economicamente) uma alimentação diversificada sem agrotóxicos e com o mínimo de multiprocessamento industrial, aconselhar individualmente a redução do excesso de bebidas alcoólicas e proibir sua propaganda em

horário infantil na mídia, apoiar a redução do tabagismo individual, social e culturalmente, promover maior igualdade socioeconômica etc ROSE, 1993, 2010; PICKET; WILKINSON, 2009, 2015; WILKINSON; PICKETT (2009).

A **prevenção redutiva** é operacionalizada por meio de medidas individuais e coletivas de proteção e redução desses riscos, através de intervenções de várias naturezas, individuais, populacionais, sociais, legais, institucionais, econômicas etc., cujo núcleo conceitual comum é a redução dos riscos acima mencionados e o restabelecimento de condições e modos de viver mais saudáveis, sustentáveis, ecológicos e normais, para pessoas e coletividades. Tais intervenções são sinérgicas com os saberes científicos e as evidências disponíveis, além de estarem coerentes com a maioria das tradições culturais e populares "leigas". Por essas características, esse tipo de medida pode ser

considerado seguro, com potencial de dano nulo ou mínimo e com amplos benefícios.

A **prevenção aditiva**, de acordo com Rose (2010), consiste na introdução de um fator ou produto artificial (físico ou químico) aplicado nas pessoas ou no ambiente, que visa conferir proteção de algum evento mórbido futuro. São exemplos típicos: vacinas, rastreamentos, tratamentos preventivos farmacológicos de fatores de risco (por exemplo, reduzir o colesterol com a prescrição de estatinas). É fácil entender que por seu caráter invasivo e artificial esse tipo de ação preventiva pode gerar danos significativos para as pessoas ou o ambiente, e demanda intensamente P4. Nesse caso, são exigidas provas científicas contundentes, idôneas e de alta qualidade de sua efetividade e também de sua segurança (ou seja, sobre os danos serem nulos ou mínimos) (TESSER; NORMAN, 2016).

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

1.2.3 Estratégias preventivas de alto risco e de abordagem populacional

Outra classificação desenvolvida por Rose (1992, 2010) refere-se a duas estratégias preventivas na saúde pública: uma que se dirige a um grupo restrito e selecionado de pessoas com alto risco de algum adoecimento, denominada estratégia de alto risco; outra dirigida ao conjunto da população, sem distinguir entre grupos, chamada abordagem populacional.

Na **estratégia de alto risco** há necessidade de se identificar e convidar as pessoas pertencentes ao grupo de alto risco para intervenções preventivas, deixando em paz o restante da população considerada normal. Essa estratégia tende a ser mais custo-efetiva, pois os recursos são alocados somente para aqueles que mais necessitam. Além do mais, pessoas de maior risco costumam ser

mais facilmente convencidas a adotarem as medidas preventivas. Entretanto, a estratégia de alto risco tende a medicalizar as pessoas ao converter assintomáticos em doentes, que necessitam de cuidados vitalícios em saúde. Por exemplo, note o caso dos hipertensos, cujo tratamento é todo baseado na lógica e na abordagem preventiva de alto risco (Rose, 2010), porém todos os tratados se consideram (e são tratados) como doentes. Esse processo é facilmente absorvido pela rotina dos serviços médicos, que apenas ganham mais pessoas para tratar, ou mais condições/riscos nas mesmas pessoas.

Rose (2010) mostrou que a estratégia de alto risco tem cinco grandes inconvenientes, apesar de ser cada vez mais praticada (NORMAN; TESSER, 2015.), acompanhe ao lado.

A estratégia de **abordagem populacional** visa reduzir o risco de um adoecimento em toda a população. Ela é muito adequada e potente quando o risco é distribuído universalmente, pois uma pequena redução de risco gera grande impacto tanto para a morbimortalidade coletiva como para o grupo de alto risco, devido ao formato mais comum da curva de distribuição do risco entre os indivíduos, em forma de sino (ROSE, 2010).

Essa abordagem compreende uma fase inicial de introdução da medida, que precisa envolver a sociedade ou a população como um todo, e por

1) A prevenção torna-se medicalização, com custos institucionais, sociais e psicológicos decorrentes das intervenções: transformação da subjetividade e comportamento das pessoas, que passam a se considerar doentes.

2) É comportamentalmente inadequada, pois demanda das pessoas de alto risco comportamentos muito distintos de seu entorno social, por vezes inviáveis ou muito difíceis devido às suas condições socioeconômicas e culturais.

3) Tem problemas de custo, porque demanda a identificação e o tratamento dos indivíduos de alto risco. Esse processo envolve, por vezes, rastreamentos (que costumam ser caros) e o tratamento individual, que comumente envolve o uso de medicamentos e a monitorização das pessoas por meio de exames repetidos vitalícios. Por não impactar os determinantes sociais dos adoecimentos, essa estratégia tem que ser mantida geração após geração, consumindo enormes quantidades de recursos em saúde.

4) Tem baixo impacto na saúde-doença da população e na morbimortalidade coletiva, pois um grande número de pessoas de baixo risco gera mais eventos de doença e morte do que um pequeno número de pessoas de alto risco que recebe a intervenção.

5) Tem alto potencial de dano iatrogênico, pela necessidade de repetidos procedimentos de rastreamento, monitorização e tratamento dos riscos, comumente com ações preventivas adicionais.

vezes suas estruturas políticas, econômicas e valores culturais. Alguns exemplos são: introduzir uma lei ou norma sanitária, tal como proibir o fumo em locais fechados e públicos, aumentar os impostos sobre o tabaco, tornar o uso do cinto de segurança obrigatório, instituir lei seca no trânsito, proibir agrotóxicos e transgênicos, incentivar o cultivo e a disseminação de alimentos orgânicos etc. Todavia, após serem incorporadas na sociedade e na cultura, essas ações preventivas de alcance populacional tornam-se sustentáveis. Um exemplo notável a ser citado foi a redução sustentável do colesterol sérico e seu impacto na mortalidade cardiovascular da população da Finlândia por meio de medidas educativas (nas escolas e nas aulas de culinária para a comunidade), de fomento à agricultura (subsídios), além de outras medidas governamentais que impactaram o modo de vida de toda a população (JOUSILAHTI et al., 2016). Outros exemplos clássicos são o tratamento da água potável e do esgoto.

Uma determinada ação preventiva pode ser, portanto:

- redutiva ou aditiva;
- primária, secundária, terciária ou quaternária;
- implementada como estratégia de alto risco ou de abordagem populacional.

Para um problema específico podem ser combinados tipos e estratégias diferentes de ações preventivas, como, por exemplo, no

problema do tabagismo, associado aos cânceres (principalmente o de pulmão) e doenças cardiovasculares, descritas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Tipos e estratégias de prevenção relacionadas ao tabagismo e câncer de pulmão.

	Prevenção redutiva	Prevenção aditiva
Estratégia de alto risco	Convidar fumantes a pararem de fumar e oferecer aconselhamento e grupos de apoio aos que desejam parar	Tratar fumantes com nicotina e ou psicofármacos para reduzir a vontade de fumar e auxiliar na abstenção
Abordagem populacional	<p>Sobretaxar tabaco (para que fique menos acessível)</p> <p>Proibir fumo em locais públicos e fechados</p> <p>Proibir propaganda em todas as mídias</p> <p>Tornar o hábito de fumar feio, nojento e mal cheiroso</p>	

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

Podemos agora discutir brevemente os rastreamentos, relacionando-os com as classificações acima. Apesar do alcance populacional, o rastreamento mimetiza uma estratégia de alto risco. Ele seleciona um grupo populacional de maior risco para receber intervenção individualizada (por exemplo, mulheres de 25 a 64 anos, para fazer o exame de Papanicolau). O rastreamento tanto pode gerar uma ação preventiva aditiva como uma ação preventiva redutiva. Um exemplo da primeira seria o uso de sinvastatina nas pessoas rastreadas com risco cardiovascular maior ou igual a 20%; um exemplo da segunda seria o rastreamento de tabagismo seguido de aconselhamento para parar de fumar sem intervenção farmacológica. Como na maioria das vezes os rastreamentos (prevenção secundária) envolvem a introdução de um medicamento, tratamento ou intervenção biomédica, a tendência geral é de que

representem prevenção aditiva. Além disso, como o próprio ato de rastrear é uma intervenção alheia a vida individual e coletiva, manejada pelo profissional e/ou pelo sistema de saúde, ele em geral é considerado prevenção aditiva.



Recomenda-se a gestores e profissionais do SUS e da APS estrito rigor e cautela quanto a qualquer proposta de rastreamento. Por mimetizarem a estratégia de alto risco (Rose, 2010), os rastreamentos carregam todos os seus inconvenientes e limites: (a) baixo impacto na morbimortalidade populacional e nenhum impacto em determinantes gerais dos adoecimentos; (b) inadequação comportamental; (c) alto custo; (d) repetição vitalícia ao longo das gerações; (e) são altamente medicalizantes e têm, no caso das ações aditivas, grande potencial de dano iatrogênico.

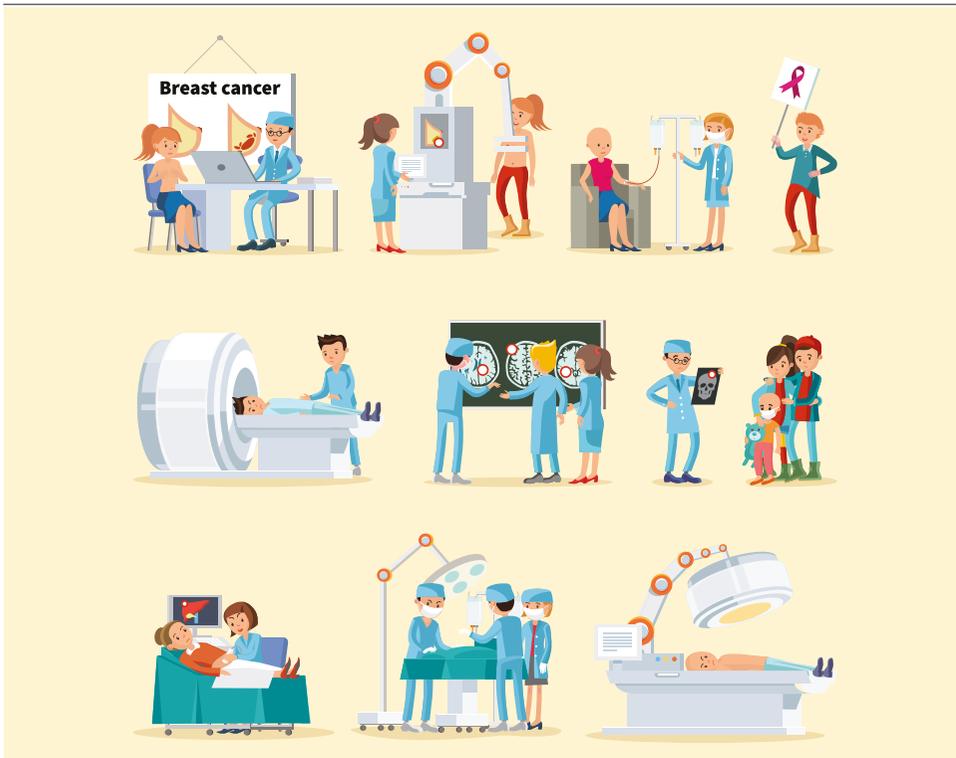
Um aspecto importante que tem se destacado nas últimas duas décadas refere-

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

se à dimensão e ao significado dos danos iatrogênicos dos cuidados clínico-sanitários, curativos e preventivos. Esses danos são estimados como a terceira causa de morte nos EUA (STARFIELD, 2000; MAKARI; DANIEL, 2016). O desenvolvimento de tecnologias preventivas aditivas aplicadas à estratégia de alto risco no final do século XX, associado a um progressivo rebaixamento dos pontos de corte que definem os limiares de risco e/ou metas de tratamento, ampliaram os danos potenciais aos usuários dos sistemas de saúde. Um exemplo recente foi o rebaixamento do ponto de corte de 20% para 10% (ABRAMSON et al., 2013) e 7,5% (BIBBINS-DOMINGO et al., 2016) da mortalidade em 10 anos para a prescrição de estatinas. Esse tipo de mudança transforma cada vez mais pessoas assintomáticas em indivíduos de alto risco que são tratados como (e assim convertidos em) doentes, gerando mais demanda para os profissionais da APS,

mais danos clínico-sanitários iatrogênicos e maiores custos para os sistemas de saúde. Isso demanda cada vez mais a prática da P4, pelos gestores dos sistemas e serviços de saúde e pelos profissionais da APS.

Figura 5 – Tecnologias preventivas aditivas podem ampliar os danos potenciais aos usuários dos sistemas de saúde



O impacto populacional de uma intervenção tem forte relação com a susceptibilidade prévia à intervenção, isto é, o risco basal de sofrer um evento mórbido. Comumente, os profissionais de saúde não compreendem a diferença entre as medidas relativas (Risco Relativo [RR] e Redução do Risco Relativo [RRR]) e as medidas absolutas (Risco Absoluto [RA], Redução do Risco Absoluto [RRA] e Número Necessário para Tratar [NNT]) mais usadas nas pesquisas envolvendo a eficácia das ações preventivas nos ensaios clínicos. Esse desconhecimento faz com que indústrias farmacêuticas e seus propagandistas promovam drogas e intervenções modernas e caras, mas muito pouco efetivas para a melhoria da vida do paciente (GOTZSCHE, 2016).

Em um ensaio clínico aleatorizado, um conjunto de indivíduos é selecionado e uma intervenção é aplicada (aleatoriamente) apenas a um grupo dessas pessoas (grupo rastreado e tratados); o outro grupo é o controle (não sofre a intervenção). A tabela a seguir exemplifica o que acontece em um ensaio clínico em que a intervenção é um rastreamento-tratamento para diferentes populações (A, B e C). Essa situação hipotética poderia ocorrer para populações diferentes e também para doenças na mesma população.

Tabela 1 – Medidas de intervenção: números relativos, absolutos e NNT

POPULAÇÃO	Mortalidade (Tratamento/Controle \neq 1)		Redução do Risco		
	Risco Absoluto grupo controle (%) RA-c	Risco Absoluto grupo rastreado (%) (RA-r)	Relativo (%) (1 - (RA-r / RA-c))	Absoluto (%) (RA-c - RA-r)	NNT (1/RRA)
A	5	4	20	1	100
B	0,5	0,4	20	0,1	1000
C	0,05	0,04	20	0,01	10000

Fonte: adaptado de Rembold (1998).

Note que a relação entre o risco de morrer (mortalidade) no grupo controle e no grupo rastreado é diferente de 1 ($RR = RA-c/RA-r \neq 1$) para todas as populações, indicando que a intervenção produziu efeito. Posteriormente à verificação de efeito da intervenção ($RR \neq 1$), parte-se para a análise das medidas absolutas, que são de fato as medidas clinicamente importantes. A tabela demonstra a relevância de se saber

qual o risco pré-intervenção do paciente, que nas populações A, B e C estudadas é respectivamente de 5%, 0,5% e 0,05%. A redução do risco absoluto (RRA), que é a diferença entre o Risco Absoluto no grupo controle e no grupo rastreado ($RRA = RA-c - RA-r$) determina se a intervenção produz um impacto significativo na população estudada. O inverso da RRA ($1/RRA$) gera o NNT ou, no caso do rastreamento, o

NNT. Tanto o NNT como NNR oferecem uma estimativa de quantas pessoas são necessários tratar ou rastrear para que uma vida seja salva (respectivamente, 100, 1000 e 10000). O reverso do NNT é o NND (Número Necessário para causar Dano) ou NNH (do inglês Number needed to Harm). Entretanto, os números relativos tendem a superestimar o benefício da intervenção. Na Tabela 1 a redução do risco relativo é constante (20%),

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

representando reduções absolutas da ordem de 1%, 0.1% e 0.01%, respectivamente. Isso mostra que o impacto da intervenção será completamente diferente em cada grupo populacional. Por isso, a indústria farmacêutica e seus representantes preferem apresentar números relativos em vez de números absolutos.



Link

O site "The NNT", de livre acesso, resume didaticamente os benefícios de várias intervenções fornecendo seus respectivos NNT e NNH. Disponível em: <http://www.thennt.com/>.

A comunidade científica está cada vez mais ciente dos interesses das indústrias farmacêuticas e de biotecnologia sobre a produção do conhecimento médico-sanitário (MIGUELOTE; CAMARGO JR., 2010), que influenciam fortemente:

- a agenda do que deve ser pesquisado;
- a manipulação dos dados e processos de condução das pesquisas;
- a não publicação de resultados negativos dos estudos;
- as classificações e a criação de doenças e pré-doenças, bem como o rebaixamento dos pontos de corte para a definição de fatores de risco (GREENHALGH et al., 2014).

Isso tende a anular a distinção entre prevenção e cura, convertendo pessoas assintomáticas em doentes e desviando a atenção clínica e os recursos sanitários dos doentes para os saudáveis, dos idosos para os jovens e dos pobres para os ricos (HEATH, 2005, 2006, 2007; STARFIELD et al., 2008). Como o rastreamento é uma das ações preventivas que mais gera iniquidades em saúde, medicalização excessiva e danos iatrogênicos, a P4 se torna cada vez mais

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

uma importante atividade de prevenção no SUS e na APS (NORMAN; TESSER, 2009).

1.3 Importância da P4 na recomendação dos rastreamentos

Para entendermos a importância da P4 nos rastreamentos é necessário considerarmos:

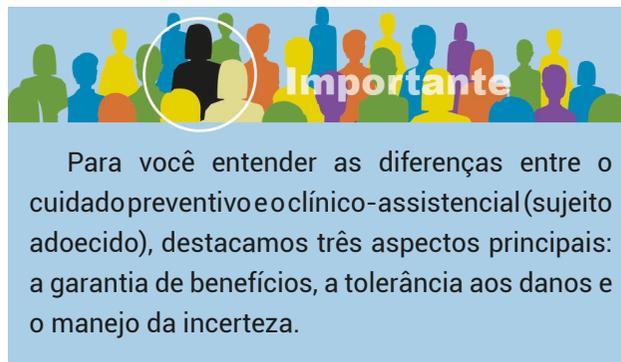
- as diferenças entre as ações preventivas e as ações de cuidado clínico aos adoecidos;
- as consequências atitudinais dessas diferenças para o manejo da prevenção em geral e dos rastreamentos em particular, e
- os danos e vieses derivados dos rastreamentos.

1.3.1 Diferenças entre prevenção (incluindo rastreamentos) e cuidado clínico aos adoecidos

As diferenças entre as práticas preventivas e o cuidado aos adoecidos são

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

grandes e significativas, com importantes desdobramentos práticos, geralmente pouco compreendidos pelos profissionais da APS e gestores. Além disso, vem ocorrendo a inclusão da prevenção dentro da assistência clínica, absorvendo-a no saber sobre o patológico, dificultando mais ainda a distinção entre essas duas situações. Esse contexto faz com que se maneje os fatores de risco como se fossem doenças, transferindo para a prevenção os valores e atitudes das situações em que o adoecimento está presente. Com isso, as demandas preventivas têm consumido grande parte da rotina dos profissionais e sobrecarregando os sistemas de saúde e a APS (HEATH, 2007).



Na clínica do adoecido não se exige garantia de resultados benéficos, apenas a correção técnica e ética das ações profissionais; a tolerância aos danos é maior devido à expectativa de cura ou alívio do sofrimento/adoecimento existente; e a situação é compatível com uma maior tolerância ao intervencionismo (sobretudo médico), no intuito de beneficiar o doente (primado da beneficência), mesmo com

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

razoável incerteza. Entretanto, na prevenção a garantia de benefícios é obrigatória, visto que se está intervindo sobre pessoas previamente saudáveis, cujo risco potencial de dano gerado pela intervenção é disseminado, e por isso a tolerância aos danos é nula ou mínima. O manejo da incerteza é qualitativamente diverso e oposto: como a priori não há adoecimento no presente e os riscos de danos são significativos para muitas pessoas (conforme o tópico 1.3.3), a não-maleficência deve imperar sobre a beneficência. A incerteza, quando existente, deve funcionar como um potente inibidor das iniciativas preventivas aditivas e rastreamentos (TESSER; NORMAN, 2016). Uma síntese destas diferenças está no quadro a seguir.

Quadro 2 – Diferenças situacionais entre cuidado aos adoecidos e prevenção.

	Clínica do adoecido	Prevenção (aditiva)
Garantia de resultados	Não há garantia de resultados, e sim correção técnica e ética da ação diagnóstica e terapêutica	A garantia de resultado benéfico deve ser muito grande, pois não há adoecimento presente e a responsabilidade pelos resultados da ação recai sobre o proponente (profissional e sistema de saúde)
Tolerância aos danos	Grande tolerância aos danos, em função da expectativa de cura, ou alívio do adoecimento/sofrimento	Nula ou mínima tolerância aos danos, como inexistência de sofrimento, o balanço entre danos x benefícios deve ser amplamente favorável aos benefícios para recomendação/iniciativa de ação
Manejo da incerteza	Na dúvida, aceita-se agir para proteção ou cura/ alívio do doente	Na dúvida, NÃO se deve agir, pois o risco de dano é significativo e de grande extensão frente a um benefício potencial futuro para um grupo pequeno

Essas diferenças têm e devem ter grande repercussão nas atitudes profissionais e institucionais frente às recomendações de rastreamentos.

1.3.2 Consequências atitudinais para com os rastreamentos

As diferenças situacionais entre prevenção aditiva e cuidado ao adoecido acima mencionadas exigem pelo menos três importantes diferenças atitudinais dos profissionais e gestores em relação aos rastreamentos, quanto: à disposição para a ação; à confiança na tradição, no saber acumulado e na experiência clínica dos especialistas; e à relação com as evidências científicas.

No cuidado ao adoecido, a pressão gerada pelo sofrimento/adoecimento justifica uma maior disposição para ação, sendo tolerado certo grau de intervencionismo e otimismo pró-ativo (embora muitas vezes ele seja excessivo na APS).

No entanto, na prevenção aditiva e nos rastreamentos, como a priori as pessoas

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária



Quando não existem evidências biomédicas de boa qualidade sobre uma intervenção em particular, podemos confiar no saber acumulado individual e coletivo, nas teorias biomédicas, na experiência clínica dos especialistas, aplicando-os no cotidiano do trabalho clínico na APS, na expectativa de beneficiar os doentes.

estão saudáveis e não há sofrimento sentido, a disposição para ação deve ser oposta: a inação ou a resistência à ação protege os usuários (primado da não-maleficiência), e só devem ser consideradas para recomendação ações que se provarem amplamente benéficas, com nulo ou muito pouco dano. Esta mudança atitudinal é especialmente importante e difícil para os profissionais da APS porque demanda uma postura oposta àquela da cuidado ao adoecido que domina a grosso do cotidiano

de trabalho. Se não formos forçados por evidências de boa qualidade sobre resultados finais, devemos ser resistentes a adotar ou recomendar ações preventivas aditivas como os rastreamentos. Nesse caso, o saber biomédico decorrente da tradição e da experiência clínica não tem utilidade, não é recomendado e não é aceitável para a tomada de decisão, já que na prevenção aditiva e nos rastreamentos devemos desconfiar radicalmente dele.

Essa desconfiança é necessária porque os modelos teóricos fisiopatológicos e biomédicos são sempre parciais e limitados, e portanto os resultados finais das ações preventivas podem contradizê-los. Um exemplo marcante e relativamente recente foi o uso de reposição hormonal (TRH) em mulheres menopausadas, estimulado pelo suposto benefício preventivo da melhora no perfil lipídico e na densidade

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

óssea produzidos pela TRH. Isso gerou a prescrição da TRH preventiva em mulheres assintomáticas e oligossintomáticas para milhões de mulheres por vários anos. Foi necessário um grande ensaio clínico para mostrar que a TRH associa-se a um maior número de mortes cardiovasculares, ao contrário do que se esperava a partir da melhora do perfil lipídico (um resultado intermediário) (SACKETT, 2002).

Figura 6 – Reposição hormonal (TRH) em mulheres menopausadas



Nas ações preventivas aditivas e nos rastreamentos se exige um ceticismo rigoroso e científico, dependente exclusivamente dos resultados de estudos epidemiológicos (ensaios clínicos) de alta qualidade que avaliam desfechos finais que interessam aos usuários (redução da morbimortalidade, melhoria na qualidade de vida, efeitos

iatrogênicos da intervenção). Não devem ser aceitas garantias teóricas (fisiopatológicas) nem evidências sobre desfechos ou resultados intermediários (por exemplo, redução dos níveis de colesterol e sobrevida em 5 ou 10 anos) como base para a sua recomendação. Essas diferenças atitudinais estão sintetizadas no quadro a seguir.

Quadro 3 – Diferenças atitudinais entre o cuidado aos adoecidos e a prevenção aditiva

<p>Situações</p> <p>Diferenças em relação à:</p>	<p>Clínica do adoecido</p>	<p>Prevenção aditiva (rastreamentos)</p>
<p>Disposição para a ação</p>	<p>Certa tolerância ao intervencionismo, que vem da tradição biomédica associada com a pressão por cura/alívio do sofrimento</p>	<p>Forte resistência ao intervencionismo, decorrente da ausência de pressão assistencial (inexiste sofrimento e a priori as pessoas estão saudáveis), prevalecendo a precaução e a não-maleficência</p>
<p>Tradição, ao saber, e à experiência clínica biomédica</p>	<p>Confiança, derivada da tradição médica e sua legitimidade social</p>	<p>Desconfiança radical, pois elas não têm validade: a decisão para adoção de um rastreamento depende exclusivamente das evidências de alta qualidade sobre resultados finais</p>
<p>Ausência de evidências científicas de ótima qualidade sobre desfechos finais</p>	<p>Não obstrui a ação, embora sejam cada vez mais exigidas evidências de boa qualidade</p>	<p>Não se deve recomendar ação preventiva ou rastreamento, devido ao grande potencial de dano iatrogênico e ao primado da não-maleficência</p>

Nas decisões sobre prevenção aditiva e nos rastreamentos devem ser valorizados apenas os resultados finais, as chamadas evidências que importam aos pacientes – POEM (patient oriented evidences that matter), tais como: mortalidade, morbidade, qualidade de vida etc., confrontadas com os danos envolvidos. Não são relevantes as evidências e saberes sobre eventos e desfechos intermediários (patologias, diagnósticos, níveis de indicadores séricos, parâmetros bioquímicos etc.), as chamadas evidências orientadas para as doenças – DOE (disease oriented evidences) (SHAUGHNESSY et al., 1993; SLAWSON et al., 1994).

O senso comum e profissional, a experiência clínica dos profissionais (mesmo os mais competentes e ou especializados) e o saber teórico (incluindo o mais recente) não permitem concluir

sobre o balanço entre danos e benefícios dos rastreamentos, e por isso não devem ser levados em consideração. A decisão e implementação de rastreamentos, devem estar fundamentadas em ensaios clínicos randomizados de alta qualidade e suas meta-análises. Somente esses estudos podem fornecer com segurança a resposta sobre se a intervenção produz mais danos ou benefícios. Apenas uma ampla e consensual margem de benefício com mínimos danos pode fundamentar a adoção de rastreamentos e ações preventivas aditivas em geral (ROSE, 2010; RAFFLE; GRAY, 2007). Além disso, após implantado um programa organizado, estudos observacionais devem avaliar a sua eficácia na morbimortalidade da população, já que o efeito benéfico nos ensaios clínicos é geralmente maior do que esse efeito nas condições reais das instituições e serviços de saúde (PORZSOLT

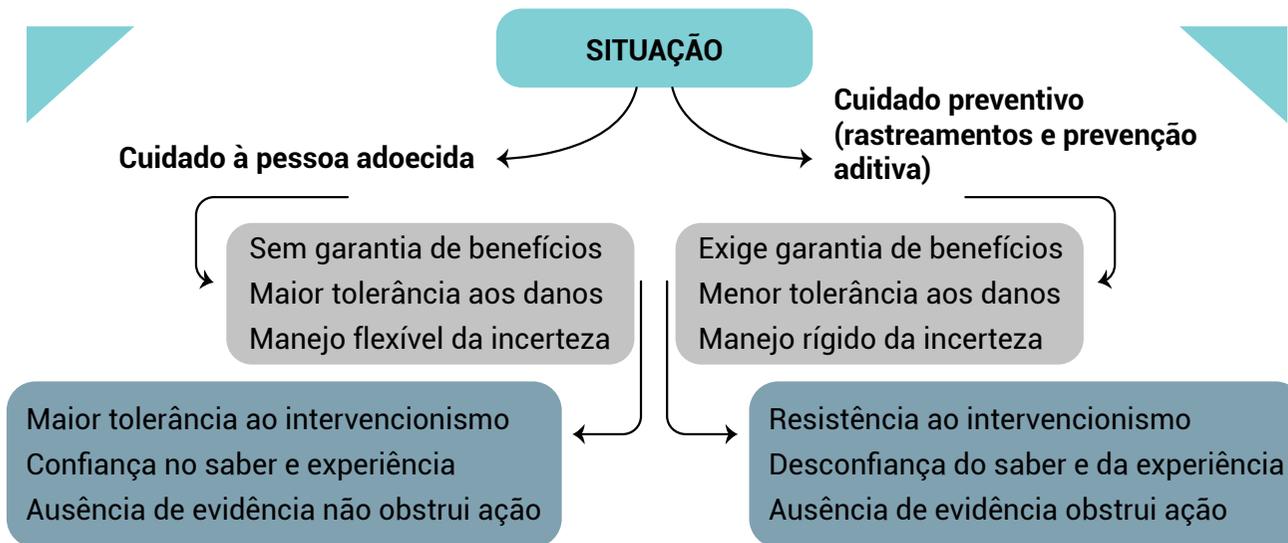
Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

et al., 2015). Pequenos benefícios em ensaios clínicos podem não ser observados na aplicação do rastreamento na sociedade; quando, então, a balança danos versus benefícios pode ficar duvidosa ou não favorável ao rastreamento. Esse é o caso do rastreamento mamográfico do câncer de mama (TESSER; D'ÁVILA CAMPOS, 2016, 2016b).

Sintetizando essas considerações, a figura a seguir esquematiza as diferenças situacionais e atitudinais necessárias diante de propostas de rastreamentos.

Por essas razões surgiram “forças-tarefas” no início da década de 1990 para analisar a qualidade dos estudos e oferecer recomendações para os serviços de saúde sobre a relevância de se adotar ou não medidas preventivas. A força-tarefa norte-americana (United States Preventive Services Task Force – USPSTF), a base

Figura 7 – Diferenças entre o adoecimento e a prevenção aditiva (rastreamentos)



Cochrane e o NICE (National Institute for Health and Care Excellence) britânico são exemplos de esforços nesse sentido.

A força-tarefa norte-americana é de livre acesso e faz uma hierarquização das recomendações de acordo com a qualidade dos estudos, sendo a recomendação "A" sinal verde para implementar e "D" sinal

vermelho, ou seja, para não se implementar uma medida preventiva. Entre esses dois extremos existem as seguintes recomendações: "B" cuja evidência tende a ser favorável, porém a qualidade do estudo é mista; "C" os estudos são conflitantes e impedem um posicionamento claro quanto a recomendação da intervenção preventiva; e

"I" quando não existem estudos de qualidade disponíveis para orientar uma recomendação. Como a intervenção preventiva ocorre sobre pessoas assintomáticas em que a primazia da não-maleficência deve prevalecer sobre a beneficência, somente deveriam ser institucionalmente adotadas as recomendações com nível "A" de evidência para rastreamento de condições específicas.

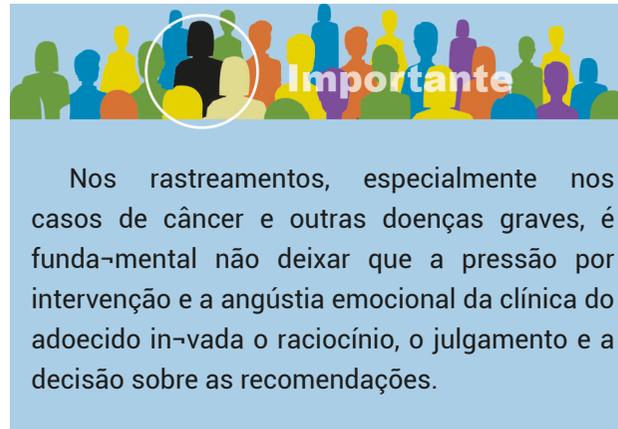


A mudança atitudinal requerida frente à prevenção aditiva em geral e aos rastreamentos pode ser sintetizada como uma resistência persistente à ação fundamentada em um questionamento cientificista quanto aos resultados finais.

Isso é anti-intuitivo e pouco compreendido, uma vez que as situações preventivas misturam-se com as demais no cotidiano

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

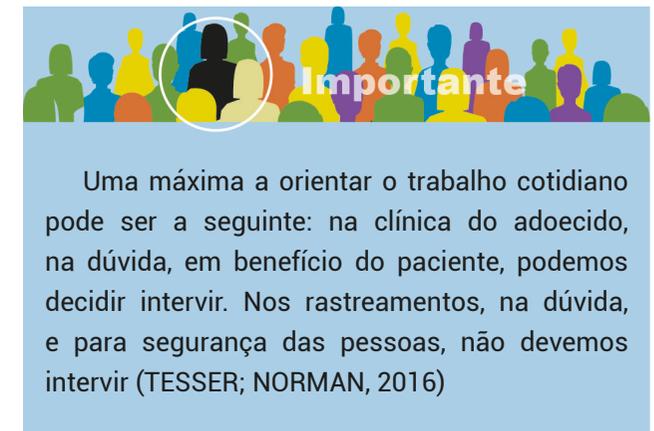
da APS e nos mesmos usuários. Além disso, no cuidado clínico ao adoecido há uma grande pressão por intervenção, sobretudo em doenças graves, como os cânceres e doenças cardiovasculares. Essa pressão, bem como a confiança no saber teórico e na experiência clínica própria e/ou na dos especialistas (redatores dos manuais clínicos) tende a ser transferida para os rastreamentos, visto que nos casos de doença avançada as terapêuticas são agressivas, de efeito limitado e com grandes efeitos adversos. Nesses casos, intuitivamente, prevenir e rastrear pode parecer sempre bom e desejável. Todavia, é estritamente necessário resistir a essa transferência do intervencionismo e desta confiança para as ações preventivas, pois podemos produzir danos iatrogênicos para grande número de pessoas (BULLIARD; CHIOLERO, 2015; MALHOTRA et al., 2015).



Na APS, em caso de dúvida, não se deve agir ou recomendar ações e intervenções preventivas aditivas e rastreamentos. Isto decorre do maior grau de segurança exigido, da necessária garantia de benefícios, da intolerância ou baixíssima tolerância aos danos e da ausência de sofrimento/ adocimento presente demandando ação. Para recomendar uma ação de rastreamento (ou prevenção aditiva) são necessárias evidências de alta qualidade, idôneas e consensuais sobre os desfechos finais e os

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

danos associados ao processo. Por isso, uma grande assimetria deve vigorar no processo decisório preventivo: apenas a dúvida basta para a não recomendação ou suspensão da recomendação do rastreamento (TESSER; D'ÁVILA, 2016, 2016b).



1.3.3 Para entender os danos iatrogênicos dos rastreamentos

Por que todo esse rigor acima enfatizado? Por que a prevenção aditiva, particularmente nos rastreamentos, temos uma situação não

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

usual em que um grupo grande de pessoas é exposto a intervenções pode sofrer danos iatrogênicos e medicalização acentuada sem nenhum potencial de benefícios (GRAY, 2004), como ilustrado no quadro a seguir.

Quadro 4 – Possibilidades na prevenção específica em assintomáticos

Efeito adverso da ação preventiva (dano)*	Adoecimento no futuro		
		Presente	Ausente
Não ocorre	A	B	
Ocorre	C	D	

* Exemplos: falsos-positivos, incidentalomas, sobrediagnósticos, reação adversa a vacina ou medicamento, situações limítrofes, cascata diagnóstica, complicações de exames, tais como infecção, reações alérgicas a fármaco ou contraste, acidente em biópsia, endoscopia com perfuração de víscera etc. Fonte: Tesser; Norman (2016).

Na prevenção o adoecimento está projetado no futuro e o balanço entre danos e benefícios da intervenção é hipotético/probabilístico. A prevenção está ancorada em

estudos populacionais e a projeção dos seus benefícios para um indivíduo em particular é bastante problemática, dada a baixa suscetibilidade individual (BAUER, 2013). Além disso, devido à relativamente baixa incidência da maioria das doenças, incluindo cânceres, o grupo D do Quadro 4 pode ser muito significativo e mesmo maior que a soma dos grupos A e C. Por isso, os efeitos adversos das ações preventivas aditivas e dos rastreamentos podem ser proporcionalmente significativos, tanto quantitativamente quanto qualitativamente (TESSER; NORMAN, 2016).

Os danos mais comuns nos rastreamentos são gerados pelos falsos-positivos. As características operacionais do exame – sensibilidade e especificidade – são apenas um dos fatores na produção dos falsos-positivos e falsos-negativos. Os valores preditivos positivos (VPP) e negativos (VPN) também contribuem nesse processo. O

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

Figura 8 – Os danos mais comuns nos rastreamentos são gerados pelos falsos-positivos



VPP traduz a proporção das pessoas com exame positivo que são portadoras da patologia. O VPN refere-se à proporção das pessoas com exame negativo que não têm a doença. Os VPP e VPN dependem, por sua vez, da prevalência da doença na população rastreada. A baixa prevalência das doenças

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

nas pessoas assintomáticas, mesmo com um teste com alta sensibilidade e especificidade, faz com que a sua performance nos rastreamentos seja prejudicada, reduzindo seu valor preditivo positivo, gerando grandes proporções de falsos-positivos.

Isso tem consequências psicológicas e sociais consideráveis, pois as pessoas tendem a acreditar nos resultados dos exames, apesar das explicações quanto ao seu significado. Esses estresses e ansiedades são arrastados até os novos passos de confirmação diagnóstica. Por exemplo, no caso do câncer de mama, a cada 2 mil mulheres rastreadas por 10 anos, 200 experimentarão importante estresse psicológico incluindo ansiedade e incerteza devido a falsos-positivos (GOTZSCHE; JØRGENSEN, 2013) e apenas uma terá sua vida salva pelo rastreamento. Além disso, a chance de um resultado falso-positivo aumenta progressivamente com a

repetição dos rastreamentos ao longo da vida, o que ocorre sistematicamente. Uma revisão Cochrane sobre o rastreamento do câncer de mama concluiu que a chance acumulada de um falso-positivo em 10 mamografias variou de 20 a 60% (GOTZSCHE; JØRGENSEN, 2013).

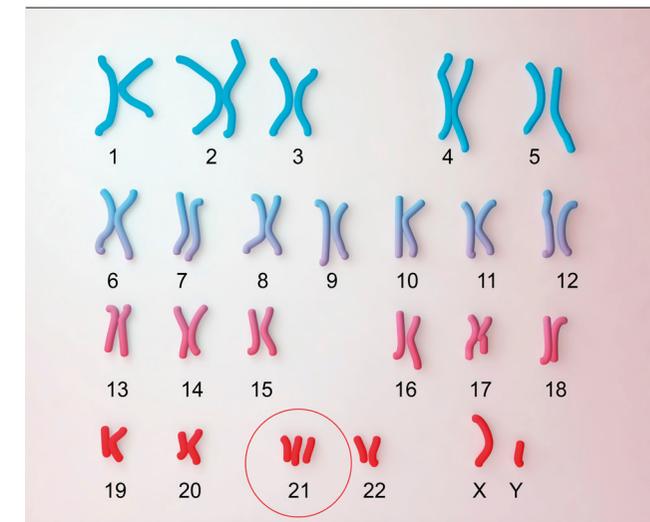
Também os falsos-negativos implicam problemas psicossociais, na medida em que geram falsa segurança, pois uma parcela dos rastreados com testes negativos estão com a condição. Raffle e Gray (2007) ilustram esse problema na síndrome de Down, em que vários testes combinados são oferecidos para seu rastreamento. Esses testes, associados à idade materna, resultam em uma estimativa de risco de um bebê ser afetado. Mesmo se forem realizados com alto padrão de qualidade, a maioria das mulheres com rastreamento positivo (alto risco) não têm seu filho afetado pela síndrome. A peneira dos testes pega mais casos potenciais do que deveria. Da mesma forma, uma pequena,

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

mas significativa, parte das que têm rastreamento negativo (risco baixo) têm filho com síndrome de Down. A peneira deixa passar casos sem serem detectados. Aproximadamente, para cada 41 mães cujo rastreamento é positivo, 1 terá filho com síndrome de Down e 40 não. Para cada 4 mães cujos filhos são diagnosticados com síndrome de Down, aproximadamente 3 tiveram seu rastreamento positivo e 1 negativo.

Figura 9 – Síndrome de Down



Há ainda os danos decorrentes dos efeitos adversos e complicações dos testes de rastreamento e dos tratamentos deles decorrentes, que podem ser em pequenas ou altas proporções, tais como: acidentes anestésicos em biópsias e endoscopias, reações alérgicas, perfurações de vasos ou tecidos com riscos de infecção e suas complicações, perfuração de vísceras e/ou alças intestinais, internação, outros efeitos adversos específicos dos tratamentos etc. Isso se estende também ao seguimento dos pacientes com testes em situações limítrofes.

Por último há os danos decorrentes dos sobrediagnósticos, que são discutidos no próximo tópico, particularmente significativo e muito frequentes em rastreamentos de câncer.

Adicionalmente, na maior parte das vezes os danos atribuídos aos rastreamentos dos cânceres não são devidamente avaliados (HELENO et al., 2013) e quando estes são

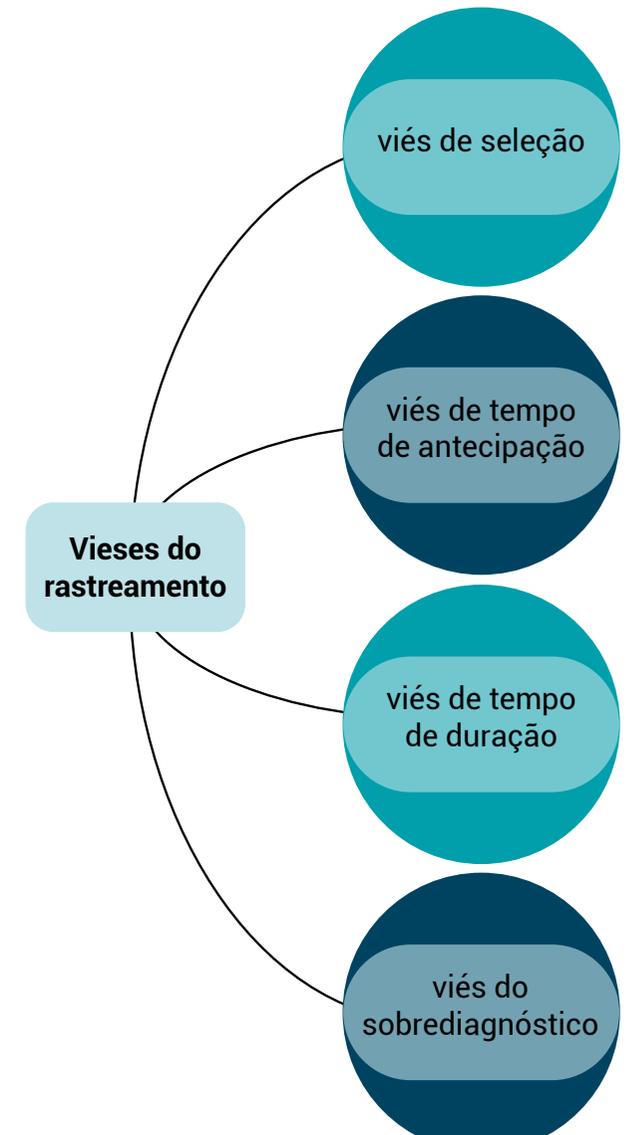
mensurados em ensaios clínicos e meta-análises, dificilmente são mencionados nos artigos científicos que referenciam essas revisões. Este contexto evidencia os conflitos de interesses na produção do conhecimento científico-biomédico (RASMUSSEN et al., 2013).

Portanto, os danos iatrogênicos dos rastreamentos são frequentemente pouco reconhecidos pelos profissionais e usuários do sistema de saúde, mesmo nas avaliações científicas. Vários fatores complexos, técnicos e sociais, contribuem para superestimar os benefícios do rastreamento, como os vieses dos rastreamentos, a seguir sintetizados.

1.3.4 Vieses dos rastreamentos

Explicaremos a seguir os principais vieses implicados nos programas de rastreamento: (1) viés de seleção; (2) viés de tempo de antecipação; (3) viés de tempo de duração; e (4) viés do sobrediagnóstico.

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária



Viés de seleção: os estudos sobre rastreamento tendem a selecionar pessoas mais esclarecidas e preocupadas com a saúde (the worried well). Isso costuma produzir resultados mais favoráveis ao excluir aqueles que têm um estilo de vida menos saudável, que consistiriam grupos populacionais de maior risco.

Viés de tempo de antecipação: o rastreamento produz uma antecipação diagnóstica fazendo com que as pessoas convivam por maior tempo com o diagnóstico e com as consequências do tratamento após a intervenção. Isso cria a ilusão de viver mais e de que a intervenção foi benéfica, principalmente se medirmos a sobrevida no grupo que sofreu intervenção em 5 ou 10 anos.

Viés de tempo de duração: o rastreamento tende a selecionar patologias menos agressivas deixando escapar as patologias

mais agressivas entre os intervalos dos rastreamentos. Isso faz com que o resultado da terapêutica seja mais favorável, pois tratam-se de patologias de evolução lenta e menos agressiva, que geralmente respondem bem à terapêutica instituída (em relação às diagnosticadas clinicamente),

Viés do sobrediagnóstico: ocorre, provavelmente, devido à variação na expressão biológica da patologia e está intimamente ligado ao viés de duração, pois no nosso organismo repousam patologias (incluindo cânceres) indolentes. Ou seja, doenças e cânceres que não evoluiriam a ponto de se manifestarem clinicamente ou cuja evolução seria tão arrastada que os pacientes morreriam por outro problema. Os rastreamentos geram um excesso de diagnósticos corretos no presente, que convertem pessoas assintomáticas em doentes, as quais são submetidas a tratamentos com grande potencial de efeitos

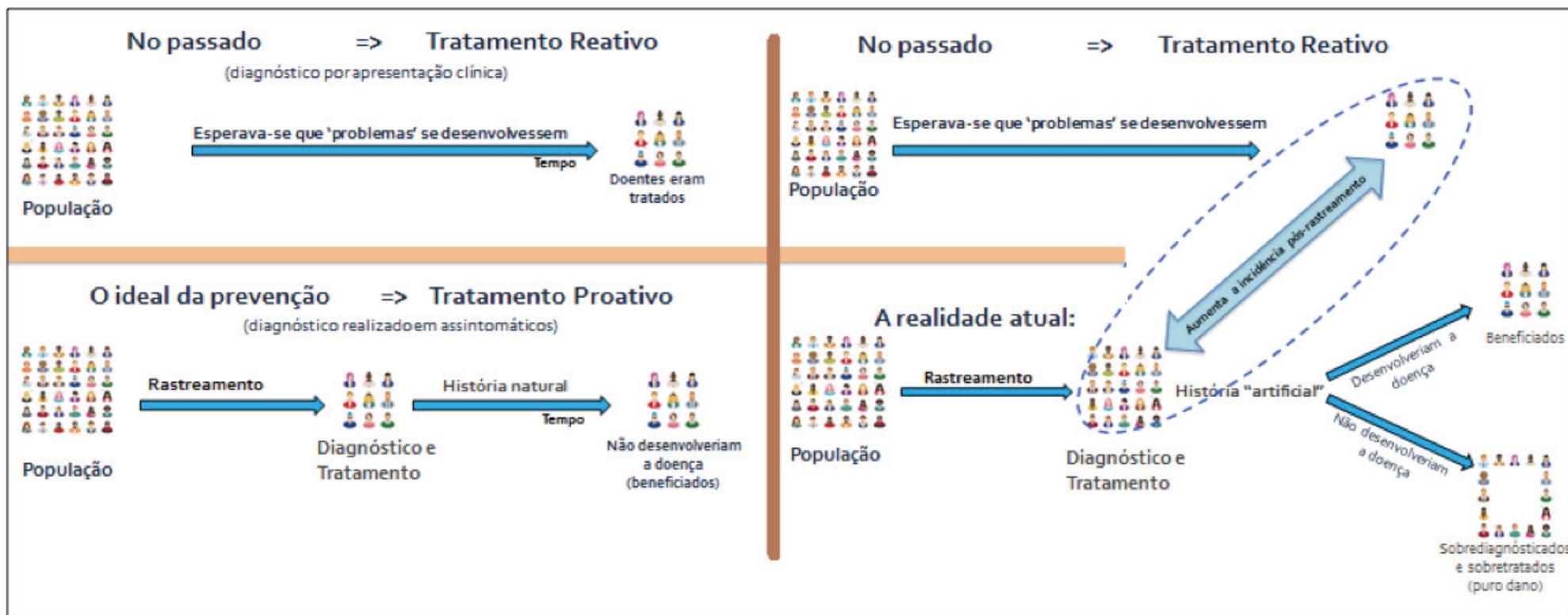
Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

adversos, quando comparadas à situação de não se rastrear. Apenas no futuro, por meio de estudos epidemiológicos, uma parcela dessas pessoas diagnosticadas e tratadas em função dos rastreamentos se revela como casos de sobrediagnóstico, sem poderem ser identificados individualmente: diagnósticos de doenças que não teriam significado clínico e não comprometeriam a vida das pessoas (WELCH, 2011). Esses casos geram sobretratamento, que é puro dano iatrogênico. O viés do sobrediagnóstico talvez seja um dos maiores problemas associados aos rastreamentos, tornando a P4 essencial.

Em termos técnicos, a introdução de rastreamentos tende a aumentar artificialmente a incidência da condição rastreada sem diminuir proporcionalmente a morbimortalidade (mortalidade e formas mais graves da doença), gerando o sobrediagnóstico (figura a seguir).

Figura 10 – Prática do cuidado no passado, no ideal da prevenção e na realidade atual



Fonte: Adaptado de Welch (2001)

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

Como ilustra a figura 10, antes dos rastreamentos, um grupo de pessoas da população adoecia de uma doença e elas eram tratadas. O ideal da prevenção era que ao antecipar, via rastreamentos periódicos, o diagnóstico e o tratamento da doença nesse grupo, ele fosse beneficiado com tratamentos mais efetivos e menos iatrogênicos (sobretudo nos cânceres). Contudo, após anos de aplicação dos rastreamentos, verificou-se para vários deles que os mesmos geraram aumento artificial da incidência, sem redução proporcional da mortalidade específica ou da proporção de casos avançados (no caso dos cânceres). A única explicação para isso é que parte dessas doenças rastreadas não teria significado clínico no futuro.

No momento do diagnóstico via rastreamento não é possível diferenciar os casos em que os cânceres irão se



O conjunto desses vieses é altamente antiintuitivo, tanto para os usuários como para os profissionais de saúde, especialmente o sobrediagnóstico. É difícil aceitar as doenças como fenômenos heterogêneos (mesmo os cânceres) e que podem estar presentes, mas não evoluírem. Todavia, pesquisas sobre os rastreamentos, sobretudo de câncer de próstata, tireóide e de mama, vêm mostrando que grande parte dos diagnósticos gerados pelos rastreamentos não teriam consequências clínicas, sendo, portanto, sobrediagnósticos (ILLICH et al., 2013; GOTZSCHE; JØRGENSEN, 2013; WELCH; FISHER, 2017).

desenvolver (WELCH, 2011). Por isso, todos os pacientes sobrediagnosticados são (ou tendem a ser) sobretratados, o que significa puro dano para o usuário e desperdício de recursos para o sistema de saúde. Como esse fenômeno não é possível de ser percebido por profissionais e usuários,

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

os sobretratamentos representam “vidas salvas” para todos os envolvidos, o que é ilusório, mas gera o chamado paradoxo da popularidade.

O paradoxo da popularidade deriva de que muitos indivíduos são lesados para que uma única pessoa seja beneficiada pelo rastreamento, porém todos os rastreados e tratados acreditam que foram salvos pela intervenção. Assim, alimenta-se uma cultura de medo que favorece políticas e/ou campanhas de rastreamento em massa com base em uma crença ingênua e comum de que os rastreamentos são apenas benéficos e devem ser realizados generalizadamente (WELCH, 2011). O Ministério da Saúde, assim como a Organização Mundial da Saúde (OMS), não recomenda que se realize o rastreamento do câncer de próstata, ou seja, não é indicado que homens sem sinais ou sintomas façam exames. É sempre preciso

avaliar criticamente as campanhas de rastreamento, ponderando os seus potenciais efeitos negativos e positivos. No caso do câncer de próstata, apesar de campanhas como o Novembro Azul reforçarem essencialmente seu efeito benéfico, o balanço danos vs. benefícios claramente pende para os danos (USPSTF, 2017). Os danos iatrogênicos incluem infertilidade vitalícia, incontinência urinária e impotência, que acometem grandes proporções dos homens sobretratados, aproximadamente 20 sobrediagnosticados para cada beneficiado (ILLICH et al., 2013; WELCH et al., 2009). Homens saudáveis são expostos a possíveis complicações de biópsias de próstata, inclusive com internações (ILLICH et al., 2013).

No rastreamento do câncer de mama, os danos incluem mutilação cirúrgica, quimioterapia ou radioterapia em uma grande proporção de mulheres sobretratadas, que varia de três (JORGENSEN et al., 2009) a 10 mulheres sobrediagnosticadas para cada morte evitada por tratamento precoce (GOTZSCHE et al., 2013).

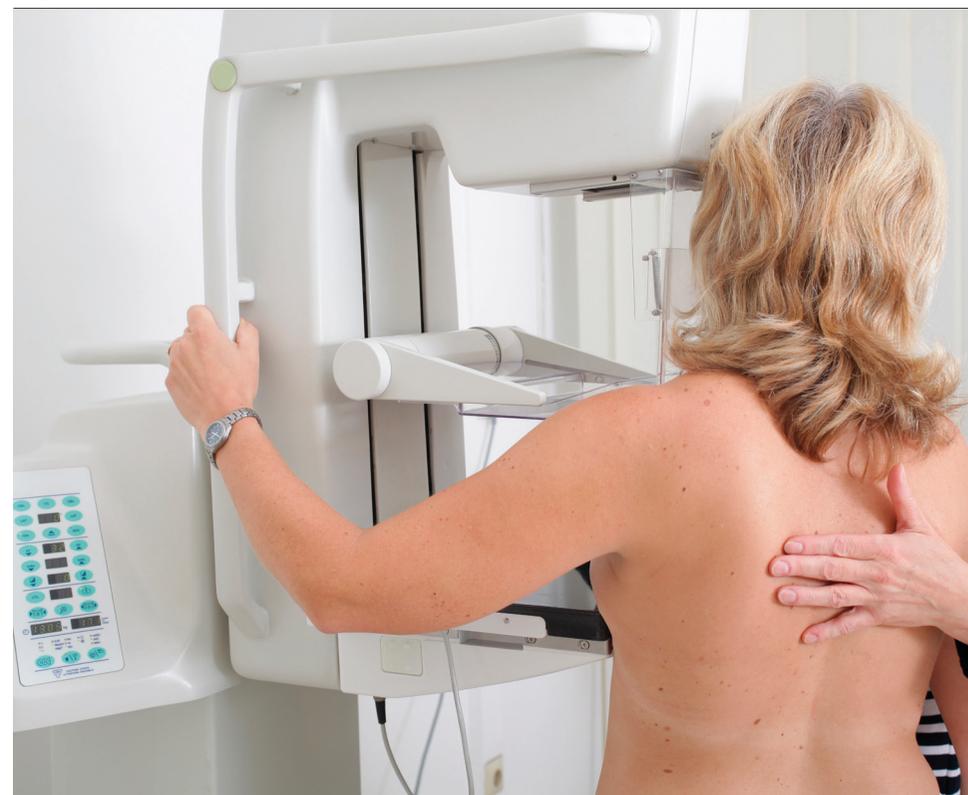
Devido à radioterapia, mulheres com baixa susceptibilidade são expostas a uma maior mortalidade por doença cardíaca e câncer de pulmão. A estimativa é de que a cada 2000 mulheres rastreadas por

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

10 anos, uma mulher terá sua vida salva pelo rastreamento; 10 serão sobrediagnosticadas e sobretratadas (GOTZSCHE et al., 2013).

Figura 11 – Rastreamento do câncer de mama



Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

Link

Para auxiliar na compreensão desse tópico, disponibilizamos para você uma entrevista de cinco minutos sobre o rastreamento do câncer de mama com Peter GOTZSCHE, um dos maiores pesquisadores mundiais sobre o tema: <https://www.youtube.com/watch?v=XvdEj9d7XDU>.

Além disso, os rastreamentos produzem uma gama de efeitos pouco quantificáveis nas subjetividades, em que podem ocorrer sofrimentos psicológicos devido às incertezas dos falsos positivos, falsa segurança dos falsos negativos e das situações limítrofes. Estas últimas requerem monitoramento por longo prazo, como as Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC I, II e III), hipotireoidismo subclínico, intolerância à glicose etc. Além disso, quando os profissionais de saúde

falam sobre o maior risco a seus pacientes, podem estar “derramando uma gota de tinta na água cristalina de suas identidades, que poderá não mais ser clareada” (SWEENEY, 2005, p. 222). Medidas preventivas podem gerar abalos das capacidades culturais e individuais para lidar com a doença, a dor e a morte, e aumento de medos previamente inexistentes (GÉRVAS; STARFIELD; HEATH, 2008).

Por sua vez, o rastreamento de condições que não câncer (diabetes, hipertensão, osteoporose, hipotireoidismo, obesidade) gera intervenções em assintomáticos “pré-clínicos” e contribui também para a produção de efeitos adversos, principalmente pelo uso preventivo de fármacos, comumente vitalício, estendido a grandes contingentes de usuários devido às mudanças nos pontos de corte para diagnóstico/intervenção. Ao se associar ao envelhecimento populacional, o

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

rastreamento gera maior multimorbidade e maior carga de problemas crônicos, induzindo a polifarmácia e amplificando assim os efeitos adversos medicamentosos, sobretudo nos idosos (GÓMEZ SANTANA et al., 2015).

Figura 12 – O rastreamento pode contribuir para a produção de efeitos adversos, principalmente pelo uso preventivo de fármacos



1.4 Considerações finais: síntese para a abordagem dos rastreamentos na APS

Conforme discutido anteriormente, os profissionais de saúde necessitam adotar uma postura anti-intervencionista no cuidado dos pacientes que vêm solicitar exames preventivos de rotina e check-ups. Essa mudança atitudinal também exige dos profissionais um olhar crítico sobre as diretrizes institucionais de rastreamentos na APS. Para bem manejar todas essas situações e tornar a P4 uma competência presente na sua atividade profissional, destacamos os seguintes pontos:

- Dê preferência às intervenções preventivas redutivas (por exemplo, rastrear o tabagismo e aconselhar seu abandono).
- Apoie as intervenções preventivas aditivas cuja evidência científica está bem estabelecida (nível A de recomendação), que sejam de simples realização, de fácil aceitação pelo usuário, de baixo custo e mínimo ou nenhum dano ao paciente, tais como o teste do pezinho (hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria (USPSTF, 2009), rastreamento de sífilis e HIV na gestante etc.
- Desencoraje a prática do rastreamento quando as evidências forem duvidosas ou mistas. Em outras palavras, não seja você o proponente dessa ação de rastreamento ou exame de rotina.

Caso seja o paciente quem demande por esses exames, explique os danos potenciais e os benefícios em se solicitar o exame de rastreamento. Lembre-se de que você estará atuando sobre pessoas assintomáticas e, a princípio, saudáveis.

Figura 13 – Não transforme o rastreamento em um imperativo

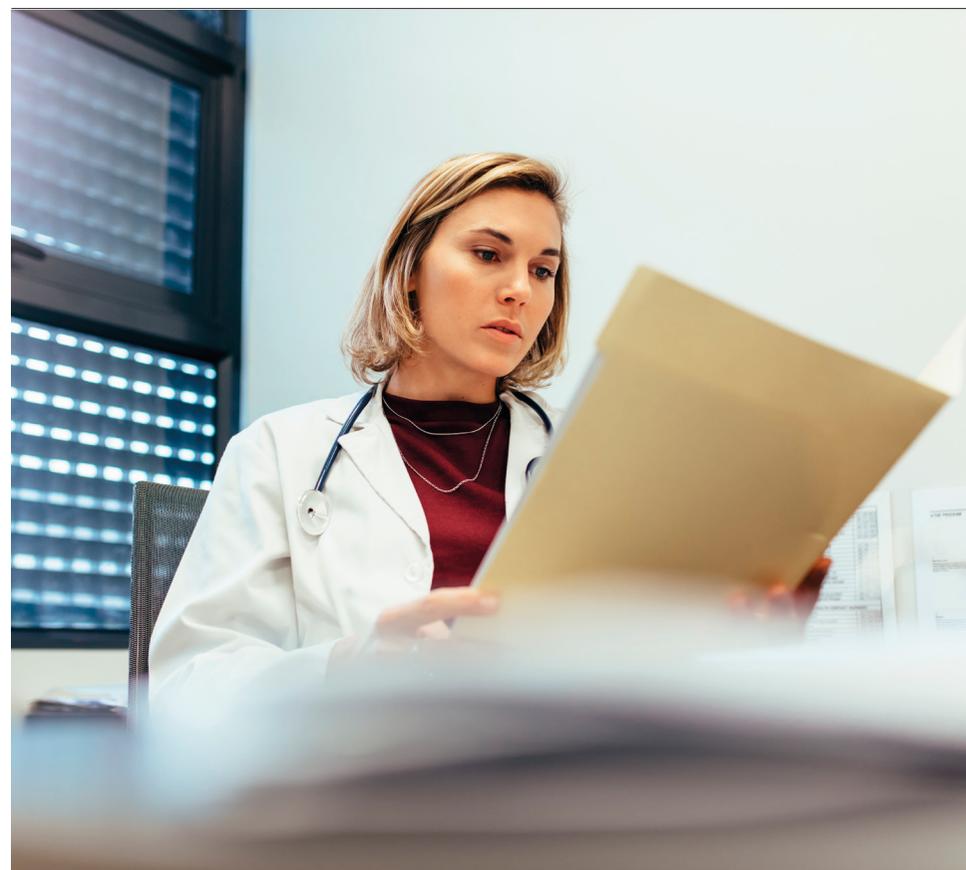


- Não transforme o rastreamento em um imperativo ou prioridade da saúde pública quando as patologias rastreadas forem

condições que afetam apenas a individualidade dos pacientes. Esse é o caso de se rastrear o câncer de mama por mamografia. Não há nada de errado quando a mulher declina do convite para fazer mamografia. Trata-se de intervenção que possui significativos e frequentes danos potenciais à integridade física e psíquica da mulher, cabendo a ela, e somente a ela, a decisão ou não de participar do rastreamento. Para isso, exige-se, tanto da instituição proponente como dos profissionais, grande transparência na informação ofertada às usuárias, incluindo clareza quanto aos benefícios e danos conhecidos. Isto não tem acontecido, em geral. No rastreamento de vários cânceres, os médicos mencionam mais os benefícios do que os danos nas conversas com seus pacientes (HOFFMAN et al., 2010). Nesse sentido, é fundamental que você não conheça somente as recomendações institucionais brasileiras, mas também pesquise em outras instituições internacionais cientificamente respeitadas como o USPSTF. Seja proativo e verifique as principais evidências associadas às recomendações de rastreamento. Tenha clareza na orientação e apresentação de potenciais danos e benefícios aos usuários. Construa sua própria postura profissional junto a eles, operacionalizando a prevenção quaternária no cotidiano dos

serviços da APS (NORMAN; TESSER, 2015). Essas recomendações e evidências serão abordadas nas próximas unidades.

Figura 14 – Pesquise recomendações institucionais brasileiras e de instituições internacionais cientificamente respeitadas



1.5 Resumo da unidade

O rastreamento é uma forma de prevenção secundária que consiste na aplicação de uma sequência de testes biomédicos em pessoas assintomáticas, pertencentes a grupos populacionais específicos, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nesses grupos. Geralmente envolve medidas preventivas aditivas manejadas profissionalmente que introduzem um fator artificial de proteção (biológico, físico ou químico), os quais têm alto potencial de dano. Além disso, a situação preventiva, em especial os rastreamentos, tem a característica peculiar de ser a única em que um grande grupo de pessoas é exposto a intervenções sem potencial de receber benefícios, mas com potencial de danos. Soma-se a isso as diferenças qualitativas importantes da prevenção em relação ao cuidado ao adoecido: maior

exigência de garantia de benefícios, menor tolerância aos danos e um manejo da incerteza mais rigoroso (primado da não-maleficência). Os rastreamentos apresentam vieses importantes de seleção, de duração, de antecipação e do sobrediagnóstico que fazem com que seja difícil e complexo avaliar seus resultados. Devido ao grande potencial iatrogênico dos rastreamentos e check-ups, existe a necessidade de altas doses de prevenção quaternária na clínica dos cuidados preventivos. A P4 é conceituada como a identificação de pessoas e situações com maior risco de intervenções desnecessárias, hipermedicalização e danos iatrogênicos.

Mais especificamente, P4 na abordagem dos rastreamentos requer uma mudança atitudinal dos profissionais e sistema de saúde: uma desconfiança radical, questionadora e cientificista dos saberes e percepções acumulados dos profissionais,

Unidade 1

Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

das tradições dos especialistas e das teorias biomédicas. Tal mudança exige que nos rastreamentos (e na prevenção aditiva em geral) sejam considerados relevantes unicamente evidências científicas de boa qualidade e idôneas sobre o balanço danos x benefícios referentes aos desfechos finais dos adoecimentos (mortalidade, morbidade, qualidade de vida). Não se deve adotar recomendações de rastreamento com base em desfechos intermediários, tais como diagnóstico precoce de doenças, parâmetros bioquímicos etc. Nesse sentido, é fundamental que se priorize medidas preventivas e rastreamentos que envolvam ações preventivas redutivas (por meio da salutogênese) e rigoroso escrutínio das propostas de rastreamento que impliquem em prevenção aditiva.

Os rastreamentos, portanto, não são uma prioridade ou um imperativo da saúde

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

pública, se a condição rastreada afetar o indivíduo sem comprometer a coletividade. Devem ser considerados com rigor e cautela levando-se em conta o respeito à autonomia dos indivíduos. Exigem grande habilidade de comunicação e atualização dos profissionais para informarem com respeito e precisão os seus danos e benefícios, de modo a fomentar decisões conscientes e informadas por parte dos usuários.

1.6 Recomendação de leituras complementares

Vale a pena conhecer e consultar os endereços de instituições reconhecidas pela sua credibilidade e que produzem recomendações de rastreamentos baseados em evidências de boa qualidade:

- United States Preventive Services Task Force (USPSTF): <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>

- Canadian Task Force (CTF): <http://canadiantaskforce.ca>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/>
- Colaboração Cochrane, que tem um endereço brasileiro: <http://brazil.cochrane.org/>

Há escassez de literatura científica sobre rastreamento no Brasil. O primeiro texto estruturado sobre o assunto que conhecemos é o Caderno de Atenção Primária nº 29 do Ministério da Saúde, sobre Rastreamento, que vale a pena ler. Ele traz também uma boa discussão das principais recomendações ministeriais, algumas das quais foram atualizadas em outros documentos posteriores. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad29.pdf.

Um livro em português que contém um

Unidade 1 Rastreamento, check-up, e prevenção quaternária

capítulo sobre o tema do Rastreamento de Doenças é o Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

NORMAN, A. H.; TESSER, C.D, Rastreamento de doenças, in: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática, Porto Alegre: Artmed Editora, 2012, p. 521–532.

Um livro estrangeiro que recomendamos sobre rastreamento:

RAFFLE, A. E.; GRAY, J. A. M. Screening: evidence and practice. Oxford: Oxford University, 2007.

2.1 'Doutor, quero fazer um check-up'

A saúde das populações depende do nível e distribuição justa da riqueza, o grau de democracia, acesso à habitação e trabalho decente, e acima de tudo, o fornecimento e purificação da água, educação e vacinas básicas.

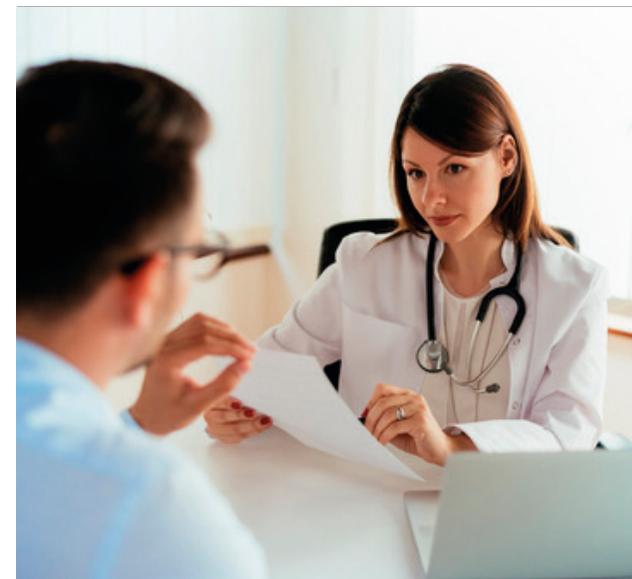
Juan Gervás

“É melhor prevenir do que remediar”, “doenças devem ser detectadas o quanto antes, para que haja sucesso no tratamento” e “faço meus exames de rotina todo ano e isso me ajuda a prevenir doenças” – essas afirmativas são comuns nos meios de comunicação e nas conversas entre amigos, e também entre muitos profissionais de saúde. Apesar de parecem incontestáveis, acumulam-se evidências de que a maior parte das consultas para somente realizar exames de rotina/check-up não são efetivas ou necessárias, e não reduzem morbidade

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

ou mortalidade, seja geral, por doenças cardiovasculares ou câncer (BRASIL, 2010; KROGSBØLL, 2012; GØTZSCHE, 2014).

Figura 15 – “Doutor, quero fazer um check-up”



Somente realize qualquer exame de rastreamento se os testes tenham potencial de melhorar os resultados de morbimortalidade e de qualidade de vida

do paciente e tenham poucos danos associados.

Procure conhecer a 'real demanda' do paciente por trás do pedido de exames de rastreamento. Recomenda-se que você pergunte para o paciente: 'o que você acha que você pode ter?', 'o que lhe está preocupando?' e 'como você acha que esse exame/teste pode lhe ajudar?'. Conheça os sentimentos, ideias e expectativas dele para você melhor aconselhá-lo e para desmistificar alguns conceitos. Aliar habilidades de comunicação com seu conhecimento técnico-científico o ajudará a 'filtrar' os casos que necessitam de avaliação específica dos que representam uma cultura inadequada de realizar check-up propagada pela mídia, instituições públicas e privadas, e até profissionais de saúde.



Reflexão

Você provavelmente já deve ter enfrentado situações difíceis com pacientes que buscam exames de rotina que não têm indicação de serem realizados. Ou que procuram conforto em exames anuais de rotina e fazem uso de tabaco, estão com sobrepeso, são sedentários; porém não tem motivação para mudar. Ou ainda que vem com uma lista de exames de 'rotina' solicitados em um consultório privado por outro profissional de saúde, ou ainda que traz uma requisição de uma série de exames solicitados pela sua empresa ou empregador para fins de admissão ou 'avaliação de rotina'. Por isso, é fundamental que todo profissional de saúde busque constantemente aprimorar suas habilidades de comunicação e de tomada de decisão compartilhada/shared decision com o paciente. A formação da maioria dos profissionais de saúde é frágil em técnicas de comunicação clínica como a entrevista motivacional que, quando aplicada contribui para ajudá-lo de forma mais efetiva a fazer mudanças positivas na saúde das pessoas. Uma sugestão é o livro 'Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para Profissionais de Saúde' do autor Francisco Borrell Carrió.

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Utilize e saiba indicar materiais informativos para o paciente. Vide quadro a seguir.

Quadro 5 – Dicas para ajuda na tomada de decisão compartilhada

Materiais educativos da campanha Choosing Wisely
<<http://www.choosingwisely.org/patient-resources/>>

Vídeo da campanha Choosing Wisely
<<https://www.youtube.com/watch?v=WOjq30l4rOQ&t=10s>>

Vídeo Así es la vida
<<https://www.youtube.com/watch?v=IzPP3qQEMjC>>

Resumos rápidos da medicina baseada em evidências
<<http://www.thennt.com>>

Mayo Clinic Shared Decision Making National Resource Center
<<http://shareddecisions.mayoclinic.org/>>

Cochrane: <<http://www.cochrane.org/evidence>> (inglês)
<<http://www.cochrane.org/pt/evidence>> (português)

Dartmouth Hitchcock Health System Decision Points
<http://www.dartmouth-hitchcock.org/medical-information/health_encyclopedia/tv6654>

Option Grid
<<http://optiongrid.org/option-grids/current-grids>>

Patient.info
<<https://patient.info/decision-aids>>

2.2 Rastreamento de condições crônicas do estilo de vida



A busca por exames de rotina é sempre uma oportunidade de aconselhar e educar o paciente reforçando que nenhum tratamento ou intervenção médica desbancou a prioridade que devemos dar a um estilo de vida saudável e equilibrado. Isso contribui para mudanças de comportamento, na prevenção primária de doenças e para promover maior 'letramento em saúde'/'health literacy', ou seja, aumentar o conhecimento e as habilidades do paciente para manutenção de sua saúde, incluindo o uso adequado dos serviços de saúde (RACGP, 2016). Para isso, não esqueça da importância da competência



cultural como habilidade profissional – sempre leve em consideração a cultura e a história dos pacientes para compreender suas perspectivas. Procure conhecer e explicar a associação entre comportamentos/estilos de vida e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças.

2.2.1 Dislipidemia e Avaliação Global do Risco Cardiovascular (RCV)

- **O que é?**

A avaliação global do risco cardiovascular (RCV) envolve a combinação de informações de anamnese, exame físico e exames laboratoriais para investigar múltiplos fatores de RCV. Essas informações são usadas de forma integrada em diferentes estratégias para calcular o RCV, classificando os seus pacientes, geralmente, em relação às chances de eles sofrerem um AVC ou

IAM nos próximos 10 anos (BRASIL, 2010; RACGP, 2016; GREENLAND, 2010).

A recomendação de solicitar perfil lipídico para rastrear dislipidemia serve basicamente e principalmente para ser usada num modelo de cálculo de RCV do paciente. As recomendações de tratamento para dislipidemia são baseadas nesse cálculo e não mais em valores absolutos de LDL ou colesterol total (STANFORD, 2017).

- **Por que calcular o RCV de seus pacientes?**

O objetivo final de calcular e classificar o RCV e de indicar determinados tratamentos é de reduzir o risco de ele sofrer ou morrer com um AVC ou IAM nos próximos 10 anos.

As doenças cardiovasculares (DCV) são uma das principais causas de morbimortalidade de seus pacientes. São necessárias estratégias que identifiquem as pessoas sem DCV que estejam em

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

maior risco de desenvolver um evento cardiovascular maior (como um AVC ou IAM).

Por muito tempo tratamos fatores de RCV como doenças isoladas. HAS, DM e outros fatores de risco se somam e se inter-relacionam devendo ser abordados de forma abrangente e integrada. O estudo Framingham Heart Study e outros conseguiram demonstrar que idade, sexo, uso de tabaco, valor de HDL ou colesterol total, presença ou não de diabetes e níveis de pressão sanguínea podem ser combinados para estimar o RCV de uma pessoa ter uma DCV fatal ou não (GREENLAND, 2010).

A partir do cálculo e classificação do RCV, você irá ou não propor diferentes tratamentos. O Royal Australian College of General Practitioners recomenda não iniciar tratamento medicamentoso para HAS ou

dislipidemia sem primeiro avaliar e calcular o RCV do paciente. Por exemplo, você não deve indicar tratamento para pacientes com HAS estágio 1 ou dislipidemia que tenham RCV < 10% em 5 anos (de acordo com modelo para cálculo de RCV da National Vascular Disease Prevention Alliance da Austrália), vide <<http://www.choosingwisely.org.au/recommendations/racgp#collapse-2>>.

• Quais pacientes já são considerados de alto RCV (> 20%) sem realizar o cálculo?

Determinadas condições clínicas já definem os pacientes como de alto RCV e, portanto, não necessitam ter seu RCV calculado (quadro a seguir).

Quanto ao diabetes tipo 1 e 2, há controvérsias se todo paciente com DM deve ou não ser considerado de alto risco. O Reino Unido desenvolveu uma calculadora de RCV para DM tipo 2 'UK Prospective Diabetes

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Quadro 6 – Não necessitam calcular o RCV pois são clinicamente considerados de alto RCV

Doença Cardiovascular (DCV) estabelecida

História pessoal conhecida e confirmada de IAM, angina ou insuficiência cardíaca, AVC ou AIT* prévios ou doença arterial periférica

Doença renal crônica ou nefropatia diabética ou outro problema renal

De acordo com o QRisk2 (qrisk.org/2016/): se Taxa de Filtração Glomerular Estimada < 30 ml/min/1.73 m²

Retinopatia diabética

Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA)

Hipercolesterolemia familiar confirmada ou LDL > 190 mg/dL confirmado

*AIT = acidente isquêmico transitório
Fonte: Wilson (2015); Brasil (2010); Wierzbicki (2008)

Study (UKPDS) engine' (<<https://www.dtu.ox.ac.uk/riskengine/download.php>>). Veja as diferenças no quadro a seguir.

Quadro 7 – Diabetes: diferenças

SOCIEDADE	CLASSIFICAÇÃO DE RCV DO PACIENTE DIABÉTICO
European Society of Cardiology (ESC)	<p>Muito alto risco: DM tipo 1 ou 2 com lesão em órgão-alvo ou fatores de risco maiores</p> <p>Alto risco: Todo DM tipo 2; DM tipo 1, exceto em jovem sem outros fatores de risco maiores (uso de tabaco, hipercolesterolemia significante)</p>
Canadian Cardiovascular Society (CCS)	<p>Alto risco se DM e um dos seguintes: ≥ 40 anos idade; > 15 anos duração e ≥ 30 anos idade; Doença microvascular.</p>
National Lipid Association (NLA)	<p>Muito alto risco: DM com ≥ 2 fatores de RCV maiores ou lesão de órgão-alvo</p> <p>Alto risco: Todo DM</p>
National collaboration centre for chronic conditions (NICE)	<p>Alto risco: DM tipo 1 (principalmente se: > 40 anos de idade, DM há > 10 anos, nefropatia, tenha outros fatores de RCV)</p>
Caderno de Rastreamento do Ministério da Saúde	<p>Alto risco: Todo paciente com DM</p>
Guidelines for preventive activities in general practice (RACGP)	<p>Alto risco: DM e > 60 anos</p>

Fonte: Nice (2014); Brasil (2010); RACGP (2016); Dynamed (2016)

• **Quando calcular o RCV de seus pacientes?**

Existem evidências robustas para rastrear pessoas ≥ 40 anos. Geralmente, o RCV em adultos jovens, mesmo com fatores de risco significativos, é baixo e há um menor número de eventos coronarianos (GREENLAND, 2010; CHOU, 2016). Por outro lado, determinados fatores de RCV têm maior ou menor papel em aumentar o RCV em < 40 anos ao longo do tempo. Alguns guidelines recomenda avaliar e calcular o RCV, e perfil lipídico, de pacientes ≥ 20 anos (GREENLAND, 2010).

Não existem evidências robustas de quando parar de calcular o RCV. A maioria dos estudos foram realizados em pessoas < 75-80 anos. (WILSON; CULLETON, 2010)

• **Qual estratégia usar para calcular o RCV de seus pacientes?**

A escolha do modelo de cálculo do RCV deve ser individualizada e personalizada com base nas características do paciente (WILSON; CULLETON, 2010).

Desde a década de 90 foram desenvolvidos diversos instrumentos para calcular o RCV (GREENLAND, 2010). O mais conhecido é o Escore de Framingham. Outros dois conceituados são: QRisk2 (Inglaterra), e o SCORE (European Society of Cardiology). Todos os instrumentos têm vantagens e desvantagens (subestimando ou sobrestimando o RCV), nenhum comprovou superioridade em relação ao outro

para ser usado em todos os seus pacientes (WILSON; CULLETON, 2010; SIONTIS, 2012; DAMEN, 2016). Ainda precisamos de

pesquisas de validação dos instrumentos, sua comparação e, então adaptá-los à realidade local (BRASIL, 2010). Nos quadros

a seguir você encontra uma comparação entre as diferentes recomendações, e as principais calculadoras de RCV.

Quadro 8 – Comparação entre as principais recomendações das sociedades e associações médicas para o cálculo do RCV

QUEM RECOMENDA	COMO	QUANDO	PERIODICIDADE
American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) 2013	Calculadora de risco ACC/AHA pooled cohort hard CVD risk calculator (2013)	Adultos entre 20-79 anos sem DCV confirmada	4-6 anos
National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2014	QRisk2	Adultos entre 40-84 anos	Pelo menos a cada 5 anos
Canadian Cardiovascular Society (CCS) 2012	Calculadora baseada no Escore de Framingham 2008	Rastreia dislipidemia em homens ≥ 40 anos, mulheres ≥ 50 anos (mais precoce se origem sul-asiática), ou em qualquer idade se tabagismo, HAS, HIV, DPOC. Recomenda rastrear dislipidemia em homens ≥ 40 anos ou mulheres ≥ 50 anos (ou após menopausa) ou considerar rastrear mais precocemente se origem sul-asiática. Também orienta levar em consideração fatores de RCV modificáveis (tabagismo, diabetes, HAS, obesidade) ao decidir rastrear em qualquer idade, e recomenda ainda rastrear em qualquer idade se: evidência clínica de aterosclerose ou aneurisma da aorta abdominal, DPOC, HIV, doença renal crônica, disfunção erétil, doença inflamatória intestinal, lupus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide ou artrite psoriática. Recomenda calcular RCV se homem entre 40-75 anos ou mulher entre 50-75 anos. Se mais jovens considera cálculo para motivação de mudança de estilo de vida. Orienta que se a história familiar de morte prematura (pais ou irmãos homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) multiplicar por 2x o resultado percentual.	A cada 3-5 anos
European Society of Cardiology (ESC) 2016	SCORE	Adultos sem fatores de RCV: homens > 40 anos e mulheres > 50 anos Adultos com história familiar de morte prematura por DCV, hipercolesterolemia familiar, fatores de RCV, comorbidades que aumentam o RCV	A cada 5 anos

Caderno de Rastreamento do MS	Calculadora baseada no Escore de Framingham 1991	Adultos com ≥ 2 fatores de RCV baixo/intermediário Orienta que se existe um parente de primeiro grau com DAC prematura, multiplique a estimativa pelo fator correção 1.5; se existe mais de um parente de primeiro grau com DAC prematura, multiplique a estimativa por 2; aumente o risco estimado em 1.4 se tiver ascendência sul-asiática; IMC* ≥ 30 kg/m ² – especialmente aqueles com obesidade central – homens com circunferência abdominal ≥ 102 [asiáticos ≥ 92]; para mulheres essa medida deve ser ≥ 88 cm), multiplique pelo fator de correção 1.3.	Não faz recomendação clara
Red Book 2016	Australian absolute cardiovascular disease risk calculator	≥ 45 anos; ≥ 35 anos se população aborígine	A cada 2 anos
USPSTF 2008 (AR-QUIVADA)	Não específica	Homens ≥ 35 anos; Mulheres ≥ 45 anos e fatores de RCV; Adultos ≥ 20 anos e fatores de RCV	A cada 5 anos
USPSTF 2016	ACC/AHA pooled cohort hard CVD risk calculator	Recomenda que somente há benefícios rastrear dislipidemia se ≥ 40 anos. Usar o julgamento clínico para rastrear em < 40 anos. Traz reflexões sobre manejar dislipidemia em prevenção primária com estatina se < 76 anos.	Avaliar HAS e uso de tabaco anualmente, e dislipidemia a cada 5 anos

*IMC = índice de massa corporal. Fonte: Goff (2013); Nice (2014); Brasil (2010); Anderson (2013); RACGP (2016); Piepoli (2016); Bibbins-Domingo (2016); Belfand; Carson (2008); Chou (2016)

Quadro 9 – Principais calculadoras de RCV

Escore Geral de RCV de Framingham (2008)
<<https://www.ufrgs.br/telessauders/desenvolvimento/aplicativos/calculadora-de-risco-cardiovascular/>>

QRisk2
<<https://qrisk.org/2016>>

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) engine
<<https://www.dtu.ox.ac.uk/riskengine/download.php>>

Australian absolute cardiovascular disease risk calculator
<<http://www.cvdcheck.org.au/>>

Best Science Medicine (três calculadoras diferentes em comparação)
<<http://bestsciencemedicine.com/chd>>

Score Risk Charts
<<https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>>

Algumas condições são consideradas fatores de risco adicionais que podem aumentar o RCV. Use julgamento clínico para avaliar e manejar esses pacientes. Observe o esquema ao lado, segundo Nice (2014); RACGP (2016); Wilson; Culleton (2010) e Wilson (2015):

- **Quais exames solicitar na avaliação do perfil lipídico para calcular o RCV?**

Solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos. O Colesterol total e o HDL vão servir para calcular o RCV. O valor elevado do triglicerídeo pode indicar outras condições (diabetes, alcoolismo, pancreatite, disfunções de tireoide). Considere que, apesar de alguns estudos demonstrarem relação dos valores de triglicerídeos com RCV, as evidências não são consistentes e não o incluem nos modelos de cálculo do RCV (VIJAN, 2016).

Se o resultado do perfil lipídico vier alterado, confirme com um novo exame antes de iniciar tratamento farmacológico ou definir um diagnóstico (HELFAND; CARSON, 2008).

- **Como interpretar os valores do perfil lipídico?**

Deve ser vinculada ao cálculo do RCV. Porém, se colesterol total > 300mg/dL ou LDL > 190mg/dL: investigue hipercolesterolemia familiar (avaliar história clínica do paciente e familiares, pergunte sobre sintomas e diagnósticos de angina, DCV e AIT/AVC; examine e procure por depósitos de colesterol na pele e olhos como xantoma tendinoso

Fatores de risco adicionais que podem aumentar o RCV

Pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

Doença mental grave.

Uso de drogas que causam dislipidemia, como antipsicóticos, corticoides imunossupressores.

Doença autoimune como Lupus Eritematoso Sistêmico (LES).

IMC > 40.

Pessoa com história familiar de hipercolesterolemia familiar confirmada.

História de depressão moderada-severa.

Rede familiar e social fraca e de baixa qualidade, isolamento social.

Condições precárias de moradia e trabalho, desvantagem socioeconômica.

Baixa capacidade de autocuidado (dificuldade de compreender sua condição; desinteresse para mudança; baixo suporte familiar e social; baixa adesão aos tratamentos).

O RCV ao longo da vida aumenta progressivamente com o número e intensidade dos fatores de risco.

Pessoas que têm ≥ 2 fatores de RCV possuem um RCV consideravelmente maior em relação às que não têm fatores de risco.

Pessoas que fumam ≥ 20 cigarros/dia têm 6 vezes mais risco de ter um IAM como arado com quem nunca fumou.

ou planar, xantelasma e arco corneal antes dos 45 anos; exclua diagnósticos diferenciais - como segue no texto; discuta

ou encaminhe para cardiologista para completar/confirmar diagnóstico) e outros diagnósticos diferenciais (uso de álcool ou

- **Recomendações para a prática**

Toda equipe deve entrar em acordo sobre o modelo de avaliação de RCV e as condutas em relação aos pacientes evitando informações desencontradas

Escolha qual(is) estratégia(s) e qual(is) calculadora(s) usar

Faça uma revisão de prontuários. Defina quais pacientes são de alto risco e não necessitam calcular seu RCV. Escolha como classificar pacientes diabéticos, avalie outros fatores de RCV e use julgamento clínico para classificar esses pacientes. Anote na lista de problemas

Nos pacientes que calcular o RCV: solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos, ou utilize valores prévios do prontuário, ou simule valores

Use calculadora para simular resultados, tratamentos e suas consequências, e faça uma tomada de decisão compartilhada sobre como manejar o RCV. Leve em conta que os resultados podem sobrestimar ou subestimar

RCV. O resultado é uma estimativa, não pode prever o que vai acontecer com cada indivíduo

Atue sobre fatores de RCV modificáveis (tabagismo, alimentação saudável, atividade física aeróbica, perda de peso)

Evite solicitar perfil lipídico sem indicação ou usar resultados isolados, decidindo metas e tratamento. Essa prática perpetua a cultura equivocada, sem benefício comprovado. Não solicite ECG de rotina, outros testes de avaliação de RCV (proteína C reativa, homocisteína, outras frações de colesterol) para rastreamento (SOKOL, 2016)

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

medicamentos que causem dislipidemia - como anticoncepcionais orais, corticóides, betabloqueadores; diabetes descompensado; hipotireoidismo descompensado; doença hepática ou renal; HIV: use julgamento clínico para decidir investigação complementar), sugere-se iniciar investigação complementar solicitando TSH.

Quanto aos triglicerídeos, se ≥ 500 mg/dL, considere causas secundárias, oriente mudanças de estilo de vida e considere tratamento medicamentoso (fibrato) para reduzir risco de pancreatite aguda (BMJ BEST PRACTICE, 2016b).

2.2.2 Hipertensão arterial (HAS)

- **Por que rastrear?**

A HAS é um fator de RCV relacionado com IAM ou AVC, fatal ou não, e com o desenvolvimento de doença renal crônica. Influencia isoladamente e em conjunto com outros fatores de RCV (BRASIL, 2010; CLARK, 2017; WILSON, 2015).

- **Quem e quando rastrear?**

Você deve rastrear HAS em todas as pessoas ≥ 18 anos. É uma recomendação com evidências robustas (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A PELO USPSTF) (PIPER, 2014).

Em relação à periodicidade para repetir o rastreio, deve-se levar em conta que medir a PA deve fazer parte da rotina de avaliação global do RCV de seus pacientes. De modo geral você irá repetir a cada 2 anos para seus pacientes adultos (> 18 anos).

- **Como rastrear?**

Fique atento ao fato de que a medida da PA é uma variável que altera com uma série de condições. A equipe deve conhecer essa variabilidade nas diversas situações, desmistificar práticas culturais em relação à PA e manter os equipamentos de aferição calibrados. Use a técnica mais adequada para medir a PA.

Embora a medida da pressão arterial no consultório ainda seja o alicerce do diagnóstico e o seguimento do tratamento do paciente hipertenso, suas limitações são conhecidas (poucas medidas realizadas de maneira isolada não necessariamente representam o comportamento da PA ao longo do tempo; reações de alerta decorrentes do ato de medir a pressão arterial ou provocado pelo ambiente – efeito do avental branco). O US Preventive Services Task Force recomenda MAPA (Monitorização ambulatorial da pressão arterial) de rotina antes do diagnóstico de hipertensão. Sendo aceitável a MRPA (monitorização residencial da pressão arterial) se MAPA não disponível. A MAPA e a MRPA são também indicadas para diagnóstico diferencial de HAS do Jaleco Branco. De acordo com o US Preventive Services Task Force, a MAPA (ou MRPA) deve ser solicitada após 3 medidas

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

de PA em consultório em ocasiões distintas com valores $\geq 140/90$ mmHg (PIPER, 2014). Porém, na realidade de boa parte das equipes de Atenção Primária no país, não está definido e disponível o uso da MAPA (ou MRPA) para o diagnóstico de HAS.

- **Como interpretar?**

Diagnostique hipertensão se PA $\geq 140/90$ confirmada em pelo menos 3 ocasiões distintas espaçadas em ≥ 1 semana cada. Se foi utilizado MAPA ou MRPA, o diagnóstico de HAS é estabelecido com base no resultado da média de PA (PIPER, 2014). Nunca estabeleça o diagnóstico de HAS baseado em uma medida isolada.

Se o paciente não-negro < 30 anos e IMC < 30 sem história familiar de HAS; ou se $>$ de 55 anos com PA $\geq 180/120$ mmHg: considere HAS secundária (TEXTOR, 2015).

O valor da PA e o diagnóstico de HAS também devem fazer parte da rotina de

avaliação de RCV. Vai ser a partir do cálculo do RCV que você irá decidir sobre o tratamento da HAS com PA sistólica < 160 e diastólica < 100 (KAPLAN, 2016).

Em relação às metas e tratamento de HAS existem diversas controvérsias entre os guidelines e protocolos (MANN; HILGERS, 2013). Aprofunde-se no assunto.

• **Recomendações para a prática**

Não promova a cultura de medir PA rotineiramente em hipertensos. Mesmo no diagnóstico que demanda pelo menos 3 medidas ocasionais, faça a medida na primeira consulta, uma medida em outro momento e nova medida na consulta de retorno. Oriente que a PA pode sofrer variação com diversas situações. Medidas rotineiras e constantes de PA não melhoram desfechos clínicos e criam ansiedade desnecessária.

Quadro 10 – Guidelines para rastreamento

GUIDELINE	RECOMENDAÇÃO
USPSTF 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos entre 40 a 70 anos com IMC \geq 25 (grau de recomendação B pelo USPSTF) • Se adultos < 40 anos ou com IMC < 25 considerar rastreamento ou reduzir intervalo de rastreamento se paciente tiver pelo menos 1 (um) fator de alto risco para desenvolver DM: certos grupos étnicos (americanos com ascendência africana, asiática, hispânicos ou latinos), história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, história de Diabetes Mellitus Gestacional ou Síndrome do Ovário Policístico. • O intervalo de rastreamento é incerto, mas sugere a cada 3 anos. Os testes podem ser: glicemia de jejum, teste de tolerância oral à glicose ou Hemoglobina Glicosada (HbA1C). E para o diagnóstico recomenda-se repetir o mesmo método do primeiro teste em um dia diferente.
American Diabetes Association (ADA)	<p>Adultos < 45 anos e com IMC \geq 25 (se descendência asiática, considerar IMC \geq 23) e com mais de 1 (um) dos fatores de alto risco para desenvolver DM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteração em teste glicêmico prévio • Parente de primeiro grau com diabetes • Certos grupos étnicos (americanos com ascendência africana ou asiática, latinos) • História prévia de DMG • História de DCV • HAS • HDL < 35 ou triglicérides > 250 • SOP • Sedentarismo • Acanthose nigra • Obesidade severa • HIV <p>Todos os adultos \geq 45 anos. Recomenda o rastreamento de pré-diabetes e diabetes. O intervalo recomendado é de no mínimo a cada 3 anos. Anual se pré-diabetes. Os testes podem ser: glicemia de jejum, teste de tolerância oral à glicose ou HbA1C.</p> <p>http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf</p>



Link

Conheça o aplicativo do TelessaúdeRS sobre a Dieta DASH – que tem mostrado grandes benefícios na redução da pressão arterial: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/aplicativo-dieta-dash/>>

2.2.3 Diabetes Mellitus tipo 2 (DM)

• Por que rastrear?

O DM tipo 2 é um fator de RCV que pode levar a cegueira, amputação de membros, falência renal e doenças cardiovasculares. Rastrear não reduz o risco de lesão em órgão-alvo ou risco de morrer nos próximos 10 anos, por diabetes ou qualquer outra causa. Existem estudos em andamento que estão avaliando se o rastreamento pode reduzir complicações e o risco de morte em um intervalo de tempo maior que 10 anos (BRASIL, 2010).

O rastreamento pode ser justificado, pois mudanças de estilo de vida e, em alguns casos, o uso de metformina, podem reduzir a

Canadian Task Force on Preventive Health Care

Recomenda rastrear somente adultos com alto risco de desenvolver diabetes identificados por meio de uma calculadora de risco (Finnish Diabetes Risk Score – FINDRISC ou CANRISK) que leva em conta: idade, obesidade, história de glicemia elevada, HAS, história familiar de diabetes, níveis limitados de atividade física, consumo de frutas/verduras. O intervalo para pessoas de alto risco é de 3-5 anos. Para as de risco muito alto é anual. O teste recomendado é a HbA1C.

<<http://www.cmaj.ca/content/184/15/1687.full>>

Acesse a calculadora de risco FINRISK em português: <<http://www.ald.lu/download/132/findrisk-pt.pdf>, ou na página 06 do Guia de Referência Rápida de Diabetes Mellitus da SMS do Rio de Janeiro: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111923/GuiaDM.pdf>>

#DMG = diabetes mellitus gestacional *SOP = síndrome do ovário policístico **HbA1C = hemoglobina glicosilada.
Fonte: Mcculloch; Hayward (2016); WHO (2016); Ada (2017)

velocidade de progressão e danos do diabetes em pessoas assintomáticas, além de os testes usados serem confiáveis (BRASIL, 2010; MCCULLOCH; HAYWARD, 2016; PIPPITT, 2016).

• Quem, quando e como rastrear?

As recomendações de rastreamento variam entre diversos guidelines. Vide quadro 10.

Considere usar a glicemia de jejum. Apesar da maior praticidade da HbA1C, os valores de glicemia de jejum conseguem identificar um terço a mais de casos não diagnosticados de diabetes comparados com os níveis de HbA1C (PIPPITT, 2016). Se optar pela HbA1C

conheça antes suas limitações. Vide quadro a seguir.

Quadro 11 – Situações que interferem nos níveis de HbA1C

FALSO-NEGATIVO	FALSO-POSITIVO
<ul style="list-style-type: none"> • Perda aguda de sangue • Doença hepática • Anemia hemolítica • Uso de terapia antirretroviral • Gestação • Consumo de vitamina C ou E 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia aplásica • Hiperbilirrubinemia • Hipertrigliceridemia • Anemia por deficiência de ferro • Insuficiência renal • Esplenectomia
FALSO-NEGATIVO OU FALSO-POSITIVO	
<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição • Hemoglobinopatias 	

• **Como interpretar?**

O diagnóstico de DM é definido das seguintes maneiras:

Quadro 12 – Diagnóstico de DM

Glicemia de jejum confirmada em segunda amostra	≥ 126 mg/dL
HbA1C confirmada em uma segunda amostra	≥ 6.5%
Glicemia após 2h de 75g de glicose confirmada em uma segunda amostra	≥ 200 mg/dL
Glicemia capilar aleatória com sintomas clássicos de hiperglicemia (sede excessiva, aumento da frequência urinária, perda de peso, visão turva) ou crise hiperglicêmica	≥ 200 mg/dL

Se o paciente assintomático, o diagnóstico deve ser realizado somente após a repetição, de preferência, do mesmo teste usado inicialmente. Se existirem dois testes diferentes que corroborem o diagnóstico, não há necessidade de repetir o mesmo. Se estiverem discordantes, realize mais uma medida (MCCULLOCH, 2017).

O limiar normal para a glicemia de jejum é motivo de controvérsias. Em 2003 a American Diabetes Association (ADA) alterou o ponto de corte de 110mg/dL para 100mg/dL. Porém, a OMS (WHO) não endossou essa alteração até hoje. Faltam evidências de benefício para o limiar de 100mg/dL em relação a redução de eventos cardiovasculares ou progressão para DM. A redução do limiar dobra a prevalência de subdiabetes incluindo pessoas com baixo risco de desenvolver diabetes e doenças cardiovasculares sendo, portanto, menos provável que venham a se beneficiar das intervenções. Em relação à HbA1c, a ADA em 2010 reduziu o ponto de corte inferior de valores limítrofes para 5,7% (ou seja, 5,7-6,4%), o que não foi consenso para outras entidades e grupos (YUDKIN; MONTORI, 2014). Vide quadro a seguir.

Quadro 13 – OMS/ADA

OMS		ADA
Glicemia de jejum alterada: glicemia de jejum 110-125 mg/dL	Pré-diabetes	Glicemia de jejum 100-125 mg/dL
HbA1C limítrofe: 6.0-6.4%		HbA1C limítrofe: 5.7-6.4%
Tolerância diminuída à glicose: glicemia após 2h de 75g de glicose 140-199 mg/dL		Tolerância diminuída à glicose: glicemia após 2h de 75g de glicose 140-199 mg/dL

Em 2010 a ADA sugeriu o uso da categoria pré-diabetes juntando as três definições de sub-diabetes: glicemia de jejum alterada (impaired fasting glucose – IFG), tolerância diminuída à glicose (impaired glucose tolerance – IGT) e HbA1C limítrofe. Sendo o limiar de HbA1C e Glicemia de Jejum utilizado 5,7% e 100mg/dL, respectivamente. Foi ponderado que o uso da categoria pré-diabetes causa uma sobreposição imperfeita, criando uma categoria grande, não bem definida e heterogênea, com poucas evidências sobre os benefícios de usar essa categoria em detrimento das demais. Além

de promover o entendimento de que um fator de risco para o desenvolvimento de outro fator de risco, que é a diabetes, seja encarado como uma doença ou uma iminência desta, estigmatizando. Mais da metade dos pacientes que recebem esse diagnóstico não terão diabetes em 10 anos. Mesmo entre os que são diagnosticados com glicemia de jejum alterada, 2/3 não terão diabetes em 10 anos (YUDKIN; MONTORI, 2014).

O tratamento de escolha para pacientes com IFG, IGT e HbA1c limítrofe é a mudança de estilo de vida. Não existem evidências robustas de que antidiabéticos como metformina ou mesmo mudanças de estilo de vida evitem o desenvolvimento de diabetes nesses pacientes (MCCULLOCH; ROBERTSON, 2016).

• **Recomendações para a prática**

Direcione esforços para pacientes com diabetes, estão em maior risco e se beneficiam mais de intervenções médicas que os pacientes com IFG, IGT e HbA1c limítrofe.

Evite controle glicêmico muito rígido e intensivo. O controle glicêmico intensivo durante anos pode reduzir complicações microvasculares como cegueira, necessidade de diálise renal. Por outro lado, não reduz complicações macrovasculares como AVC, IAM, ou a mortalidade (BRASIL, 2010; MCCULLOCH, 2017b; SPENCE, 2013).

Trate o DM em conjunto com os demais fatores de RCV, como a

pressão arterial e nunca esqueça de orientar cessação de tabagismo e investir fortemente na perda de peso.

2.2.4 Uso de tabaco

- **Por que rastrear?**

Se existe alguma atividade preventiva que tem impacto na população é o rastreamento e o tratamento do tabagismo. É a principal causa de morte que pode ser rastreada e prevenida de forma fácil e efetiva, e sem danos relevantes associados. Também é inegável o benefício do abandono do fumo pelas gestantes, melhorando indicadores de morbimortalidade materno fetal (BRASIL, 2010).

- **Quem, quando e como rastrear?**

Pergunte em todas as suas consultas e para todos os seus pacientes adultos, incluindo as gestantes, sobre o hábito de fumar. E sempre ofereça tratamento para que abandonem o fumo (Grau de recomendação A pelo USPSTF) (SIU, 2015).



Link

Recomendações para a prática: toda equipe deve conhecer e usar técnicas de entrevista motivacional e aprimorar suas habilidades de comunicação. A entrevista motivacional é uma ferramenta para tornar a abordagem do tabagismo mais eficaz. Saber em que estágio de mudança o paciente se encontra para poder oferecer a melhor abordagem é fundamental. Conheça mais, leia o livro 'Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento' (Stephen Rollnick; William R. Miller; Christopher C. Butler).

Leia o documento do INCA – Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001:
<<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=consenso-inca-2001.pdf>>.

2.2.5 Uso arriscado de álcool

- **Por que rastrear?**

O uso arriscado de álcool está associado uma série de doenças, acidentes, incapacidades, violência e problemas de

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

ordem social e familiar. Existem boas evidências para rastrear e oferecer técnicas de abordagem breve e desintoxicação ambulatorial, tanto na APS quanto nos CAPS e outros serviços (BRASIL, 2010).

- **Quem, quando e como rastrear**

Pergunte para todos os seus pacientes adultos, incluindo as gestantes, sobre o uso arriscado de álcool e sempre ofereça tratamento para que abandonem o uso (Grau de recomendação A pelo USPSTF) (JONAS, 2012).

Não existem evidências para definir um intervalo adequado para rastrear. Alguns pacientes têm maior risco: adultos jovens e tabagistas, por exemplo.

Sugere-se que você utilize o CAGE e/ou o AUDIT como instrumentos para o rastreio. Na rotina de consultas recomendamos o uso do CAGE por ser rápido e fácil de aplicar.

CAGE

- Você já sentiu necessidade de parar de beber?
- Você já se sentiu chateado por críticas que os outros fazem pelo seu modo de beber?
- Você já se sentiu culpado sobre seu jeito de beber?
- Você já teve que beber para iniciar o dia e “firmar o pulso”?

Se duas ou mais respostas forem afirmativas, considera-se o rastreamento como sendo positivo. O usuário deve ser aconselhado e acompanhado.

2.2.6 Sobrepeso e Obesidade

• Por que rastrear?

A obesidade é um fator de RCV modificável que pode prevenir seus pacientes de desenvolverem DCV e AVC, além de outros fatores de RCV como hipertensão arterial e DM II. Também está associada a uma série

Link

Recomendações para a prática: identifique em qual estágio de mudança o paciente se encontra para oferecer a melhor abordagem. Utilize técnicas de entrevista motivacional.

O AUDIT é um instrumento que também pode ser usado por sua equipe. Ele pode estar disponível na sala de espera ou ser entregue para o paciente para auto aplicação e posterior discussão com você sobre os resultados. Baixe o aplicativo (<https://www.ufrgs.br/telessauders/desenvolvimento/aplicativos/alcool/>) ou baixe o instrumento (http://www.fct.unesp.br/Home/Administracao/TecSaude-UNAMOS/audit_com_escore_para_entrevistador-1.pdf).

Após a aplicação do AUDIT, classifique o nível do uso de álcool e aplique o nível de intervenção mais adequado, conforme o quadro abaixo:

Nível de risco	Intervenção	Escores
Zona I: Uso de baixo risco	Prevenção	0-7
Zona II: Usuários de risco	Orientação Básica	8-15
Zona III: Uso nocivo	Intervenção breve e monitoramento	16-19
Zona IV: Dependência	Encaminhamento para o serviço especializado e coordenação do cuidado	20-40

Fonte: BRASÍLIA, 2017

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto “intervenção breve”, entre neste link e leia os capítulos correspondentes: (https://www.supera.org.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod4.pdf)

Todos os módulos estão disponíveis em: (<https://www.supera.org.br/material/>)

Estratégias de comunicação (telefones úteis, whatsapp, email, etc) com equipes do CAPS AD e grupos de apoio interinstitucional (AA, por exemplo) devem ser adotadas pela equipe para potencializar a integralidade e acesso do usuário. Conhecer outros recursos que podem ser oferecidos aos pacientes como grupos de autoajuda, Alcoólicos Anônimos (AA).

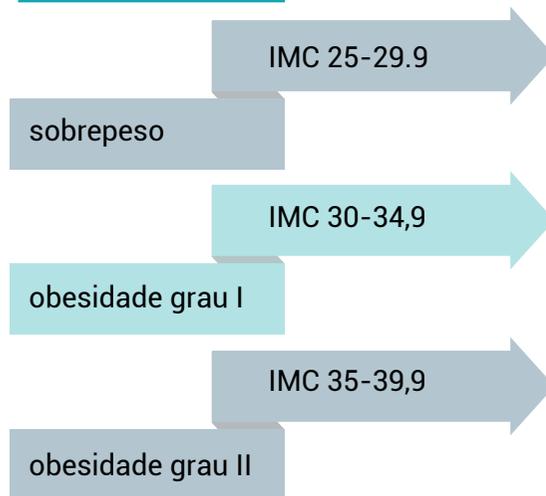
de tipos de câncer, apneia do sono, redução da qualidade (BRASIL, 2010).

• Quem, quando e como rastrear?

Calcule o IMC de todos os seus pacientes adultos. Ofereça tratamento para perda de peso (Grau de recomendação A pelo USPSTF) (LEBLANC, 2011).

Não há evidências suficientes para estabelecer uma periodicidade.

RESULTADO DO IMC



2.3 Rastreamento e prevenção do câncer

Invista na prevenção primária do câncer entre seus pacientes. Discuta o quanto algumas medidas são mais eficazes para ajudar a evitar problemas de saúde, inclusive diversos tipos de câncer (pulmão, laringe, bexiga, pele, etc).

- Evitar o fumo/ tabagismo;
- Manter um peso adequado;

- Limitar o consumo de álcool;
- Evitar o excesso de sol;
- Manter-se ativo, praticar atividades físicas;
- Ter uma dieta rica em frutas, vegetais e grãos integrais. E pobre em gordura saturada e trans;
- Proteger-se contra IST's.

2.3.1 Câncer de colo de útero

• Por que rastrear?

O câncer de colo de uterino é o quarto mais prevalente entre as mulheres brasileiras e programas organizados de rastreamento podem reduzir a morbimortalidade (INCA, 2015). Tem grande potencial de prevenção e cura. (BRASIL, 2016). Um programa organizado de rastreamento, com cobertura mínima de 80%, reduz de 60-90% os casos de câncer de colo de útero nas pacientes (BRASIL, 2010).

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Rastreamento do câncer do colo do útero

Realize a coleta de citopatológico de colo do útero de todas as suas pacientes sexualmente ativas a partir dos 25 anos.

Primeiro realize a coleta com intervalo anual, após 2 exames, os demais devem ser realizados a cada 3 anos.

Após os 64 anos interrompa a coleta se não tiver história prévia de doença neoplásica pré-invasiva e tiver pelo menos 2 (dois) exames negativos nos últimos 5 anos.

Se > 64 anos e nunca tiver realizado um citopatológico, realize dois com intervalo de um a três anos. Se ambos negativos, pode ser dispensadas de novos rastreios.

Se HIV rastreie após o início da atividade sexual (independentemente da idade), inicie com exames semestrais. Se normais repita o rastreamento anualmente.

Se histerectomia total (sem preservação do colo), sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, com rastreamentos anteriores normais, pode interromper o rastreamento. Se histerectomia por lesão precursora ou câncer, o acompanhamento deve ser individualizado.

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

O método utilizado, o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau), é relativamente simples e amplamente disponível (BRASIL, 2010).

- **Quem, quando e como rastrear?**

As últimas recomendações baseadas em evidência estão nas Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2016).

O principal fator de risco é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) Outros fatores

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

de risco podem contribuir em associação com o HPV: tabagismo e HIV (INCA, 2015).

- **Como interpretar?**

A interpretação do exame pode ser encontrada no quadro a seguir.

Quadro 14 – Interpretação do exame de câncer

RESULTADO DO CITOPATOLÓGICO	CONDUTA
Dentro dos limites da normalidade no material examinado	Seguir rotina de rastreamento.
Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)	Seguir rotina de rastreamento.
Inflamação sem identificação de agente	<ul style="list-style-type: none">• Se sintomas (corrimento): tratar causa.• Assintomática: seguir rotina de rastreamento.
Metaplasia escamosa imatura	Seguir rotina de rastreamento.
Resultado citológico indicando reparação	Seguir rotina de rastreamento.
Atrofia com inflamação	Seguir rotina de rastreamento.
Lactobacillus sp e/ou Cocos e/ou Outros Bacilos	Fazem parte da microbiota normal da vagina. Na ausência de sintomas os não devem ser tratados.
Gardnerella/mobiluncus sp, Trichomonas vaginalis, Candida sp	Somente tratar se sintomas. O exame tem alta taxa de falso positivo para Trichomonas. Vaginose bacteriana deve ser confirmada clinicamente para ser tratada. Seguir rotina de rastreamento.

ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado)	Se ≥ 30 anos: repetir em 6 meses. Se normal, repetir novamente em 6 meses e então seguir rotina de rastreamento. Se segundo exame manter alterado: encaminhar colposcopia. Se < 30 anos: repetir em 12 meses. Se normal, repetir novamente em 6 meses e então seguir rotina de rastreamento. Se segundo exame manter ASC-US: encaminhar colposcopia.
ASC-H (células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau)	Colposcopia.
LSIL (lesão intraepitelial escamosa de baixo grau)	Repetir em 6 meses. Se normal, repetir novamente em 6 meses e então seguir rotina de rastreamento. Se segundo exame manter alterado: colposcopia.
HSIL (lesão intraepitelial escamosa de alto grau)	Colposcopia
AGC (células glandulares atípicas)	Colposcopia
AOI (células atípicas de origem indeterminada)	Colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão	Colposcopia
Carcinoma escamoso invasor	Colposcopia
AIS (adenocarcinoma in situ) ou invasor	Colposcopia

Fonte: INCA (2016).



Link

Para maiores detalhes sobre indicação e interpretação do rastreamento do câncer de colo de útero acesse as Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf>.

Também acesse o Protocolo de Saúde das Mulheres 'Quadro 2 – Síntese de prevenção do câncer de colo de útero': <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

- **Recomendações para a prática**

Discuta com sua equipe sobre o câncer de colo do útero, os mitos sobre o rastreamento e avaliem como o exame é oferecido. Respondam, em equipe, a seguinte pergunta: “estamos, de fato, dando acesso à coleta de citopatológico de colo uterino?”. Organizações de agenda que preconizam dias específicos para a coleta, mutirões ou oferta somente em consultas

de 'saúde da mulher' que duram entre 30-40 minutos são práticas pouco eficazes e dificultam o acesso ao exame para quem mais precisa. Por exemplo, se uma mulher vier consultar no final do seu dia de trabalho com dor nas costas e último Papanicolau tiver acontecido há mais de 3 anos, o exame deve ser ofertado no mesmo dia. A coleta em si pode durar 5-10 minutos e não vai atrapalhar a rotina da equipe. Para isso, deixe o material de coleta e formulários organizados previamente.

Organize o rastreamento objetivando uma cobertura mínima de 80%.

2.3.2 Câncer de cólon e reto

- **Por que rastrear?**

O câncer de cólon e reto (colorretal) em países desenvolvidos chega a ser o terceiro câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres (INCA, 2015).

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Quanto mais cedo diagnosticado, maior a sobrevida. Pode ser detectado por lesões benignas – pólipos adenomatosos que demoram de 10-15 anos para evoluírem para câncer, sendo possível prevenir o câncer ao se retirar os pólipos. Detectar estágio inicial e tratar pode levar a cura e evitar a morte de 90% dos pacientes (BRASIL, 2010).

Existe evidência de redução de 25% do risco relativo de mortalidade por câncer de cólon e reto em paciente > 50 anos que realizam o rastreamento com sangue oculto em fezes. A estimativa é que o rastreamento possa prevenir 1 em 6 mortes por câncer colorretal, porém não há redução da mortalidade geral (por todas as causas) (HEWITSON, 2008).

- **Quem, quando e como rastrear?**

Realize o rastreamento de câncer colorretal em todos os seus pacientes entre 50-75 anos (ou até que a expectativa de

vida do paciente seja < 10 anos) (Grau de recomendação A pelo USPSTF) (LIN, 2016) com pesquisa de sangue oculto nas fezes a cada 2 anos (CTFPHC, 2016). Se resultado positivo você deve oferecer colonoscopia ou retossigmoidoscopia, e um hemograma para quantificar a perda sanguínea (SOF, 2009).

Se ≥ 40 anos e 2 ou mais parentes de 1º grau com câncer colorretal em qualquer idade, ou 1 parente de 1º grau com câncer de cólon ou pólipos adenomatosos antes dos 60: solicite colonoscopia a cada 5 anos até os 75 anos (BMJ BEST PRACTICE, 2016a).

• **Recomendações para a prática**

Até 80% dos testes de pesquisa de sangue oculto nas fezes podem ser falso-positivos (BRASIL, 2010): hemorroidas, diverticulose, doença inflamatória intestinal (ACS, 2017). Para minimizar falso-positivos recomende coletar 3 amostras e realizar preparo: abster-se por 72h de anti-inflamatórios (ibuprofeno, diclofenaco, AAS etc.), carne vermelha, ovos, banana, espinafre, antiácidos, antidiarreicos, vitamina C (ACS, 2017; SOF, 2009).

Antes de propor o rastreamento considere acesso à colonoscopia. Considere a necessidade de alta cobertura do rastreamento para que tenha realmente impacto sobre a população. No Brasil ainda não existe recomendação clara para o rastreamento por causa de

Sinais de alerta para suspeita de câncer colorretal

- Sangue nas fezes.
- Mudanças não explicadas nos hábitos intestinais (maior frequência, perda de fezes).
- Dor abdominal não explicada.

sua viabilidade e custo-efetividade (BRASIL, 2010).

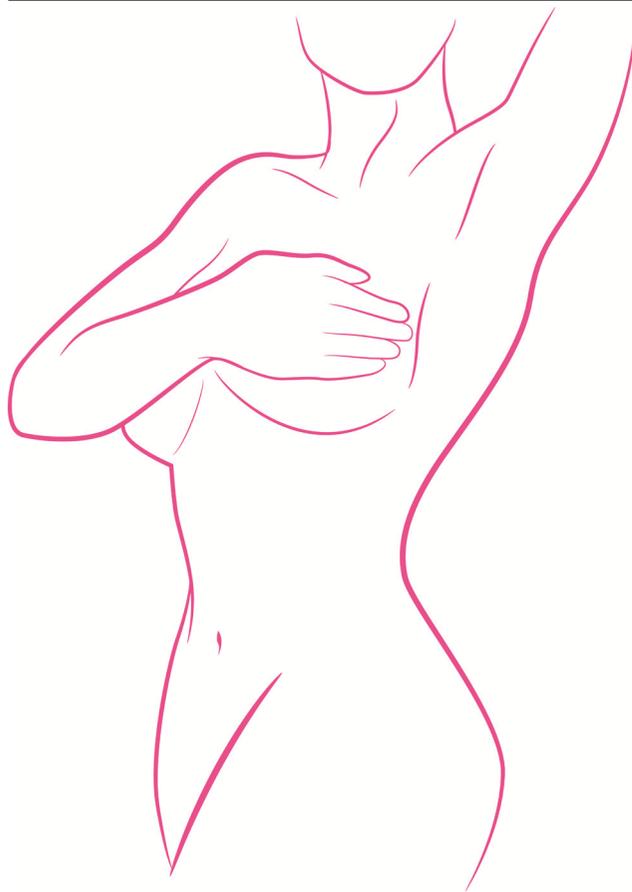
Conheça sinais de alerta para quando suspeitar de câncer colorretal:

Esse câncer é considerado uma 'doença do estilo de vida', associado ao consumo excessivo de carne vermelha e processada, baixo consumo de frutas e verduras, excesso de peso, sedentarismo, consumo de álcool e tabaco (INCA, 2015).

2.3.3 Câncer de mama

O câncer de mama é o câncer mais frequente e de maior mortalidade entre as mulheres. É a primeira causa de morte por

Figura 16 – Câncer de mama



câncer em países em desenvolvimento e a segunda em países desenvolvidos (a

primeira é o câncer de pulmão) (INCA, 2015). É um dos cânceres mais temidos pois afeta a imagem corporal e a sexualidade.

Uma revisão robusta demonstrou que quando o rastreamento é realizado, com exames de qualidade e acesso oportuno e ágil ao tratamento mais adequado, se poderia prevenir 1 (uma) morte por câncer de mama a cada 2.000 mulheres rastreadas durante 10 anos. Por outro lado, nenhuma morte em geral ou por outro tipo de câncer é evitada e 10 mulheres seriam tratadas desnecessariamente, com uma parte ou toda mama retirada, muitas vezes realizando quimioterapia e radioterapia, e tendo que conviver por toda a vida acreditando que tinha câncer (GØTZSCHE; JØRGENSEN, 2013).

Existem dúvidas sobre o real benefício do seu rastreamento (TESSER; D'ÁVILA, 2016): pequena redução da mortalidade versus significativos danos mensuráveis (como os

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

resultados falso-positivos, que levam a 30-40% de sobrediagnósticos com biópsias desnecessárias e suas complicações) e imensuráveis (consultas adicionais, ansiedade por conviver com uma lesão que poderia ser um câncer mas não é, percepção aumentada ao longo da vida de risco de câncer para as próximas gerações).

Recentemente um estudo demonstrou que, aparentemente, a redução na mortalidade por câncer de mama foi causada por melhorias no tratamento do câncer e não pela detecção precoce de tumores de mama (MAYOR, 2016). Outro estudo, na Dinamarca, demonstrou que os 17 anos de rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia não reduziu a incidência de tumores avançados, aumentou a incidência de tumores não avançados e carcinoma ductal in situ, sendo que provavelmente 1 em 3 tumores detectados em mulheres entre 50

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

a 69 anos foi sobrediagnosticado, ou seja, a mamografia detectou tumores menores que nunca afetariam a vida da mulher. Concluiu que o sobrediagnóstico deve ser cada vez mais considerado no rastreamento, informado ao paciente e estudado (WISE, 2017).

• Quem, quando e como rastrear?

Existem algumas controvérsias em relação à faixa etária indicada para ofertar o rastreamento. O INCA e o Ministério da Saúde, com base nas evidências mais robustas, recomendam:

Acompanhamento clínico individualizado para as mulheres consideradas de risco elevado (alto risco) para câncer de mama: com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) (INCA, 2015).

Indicar mamografia a cada 2 anos para todas as suas pacientes entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016).

Para as mulheres que estão no grupo de alto risco para câncer de mama (história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau – mãe, irmã ou filha) o USPSTF considera indicar mamografia anual a partir dos 40 anos, porém com ausência de evidências robustas sobre os riscos e benefícios (NELSON, 2016).

O câncer de mama em mulheres jovens tem características clínicas e epidemiológicas diferentes das observadas em mulheres mais velhas, sendo mais agressivo e com uma alta taxa de presença da mutação genética (BRCA1 e BRCA2).

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

O método de rastreamento é a mamografia (BRASIL, 2015a). É o exame mais estudado e o único avaliado nos estudos que demonstram alguma redução de mortalidade no rastreamento (ELMOR, 2016). Tanto a mamografia convencional (analógica) quanto a digital, podem ser usadas. Não há vantagens entre a convencional e a digital em relação a mortalidade, além de potencialmente aumentar custos, resultados falso-positivos (VENKATARAMAN; SLANETZ, 2016).



Link

Procure ler e conhecer as Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf>.

Acesse o Protocolo de Saúde das Mulheres 'Quadro 1 – Síntese de prevenção do câncer de mama': <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

O rastreamento com ressonância nuclear magnética das mamas não é recomendado (CTFPHC, 2011; BRASIL, 2015a).

Uso de silicone não traz diferenças em relação às recomendações de como e quando rastrear. Não há diferenças em relação ao exame clínico das mamas (SOF, 2013).

Apesar de o exame clínico das mamas (ECM) ser recomendado em alguns programas de rastreamento, revisões demonstram 'ausência de recomendação: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto' (BRASIL, 2015a). O ECM não tem benefício estabelecido para ser usado como rastreamento. Por outro lado, tem inegável valor no diagnóstico diferencial de lesões palpáveis da mama (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016).

Conheça os sinais de alerta para o câncer de mama, vide esquema a seguir:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, qualquer idade
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral
- Lesão eczematosa da pele não explicada que não responde a tratamentos tópicos
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral
- Presença de linfadenopatia axilar não explicada
- Aumento progressivo da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja
- Retração na pele da mama
- Mudança no formato do mamilo

Fonte: Brasil (2015a).

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Os resultados são classificados e manejados conforme quadro a seguir:

Quadro 15 – Resultados e classificação

BIRADS ZERO (inconclusivo)	Complementar com ultrassonografia ou outra mamografia ou revisar mamografias anteriores.
BIRADS 1 (negativo) ou 2 (achado benigno – fibroadenomas, cistos, calcificações de parênquima ou vasculares)	Seguimento de rotina.
BIRADS 3 (provavelmente benigno, risco de malignidade é < 2%)	Repita cada 6 meses por 1 ano, então anualmente por 2 anos. Se normal após esse período: segue rotina. Dependendo da avaliação clínica considere complementar investigação com ultrassonografia ou realizar a investigação em intervalos menores.

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

BIRADS 4 A (chance de malignidade entre 2 a 9%)	Encaminhe para considerar investigações adicionais.
BIRADS 4 B (chance de malignidade entre 10 a 49%)	Solicite biópsia por agulha grossa e encaminhe.
BIRADS 4 C (chance de malignidade entre 50 a 94%)	Solicite biópsia por agulha grossa e encaminhe.
BIRADS 5 (chance de malignidade entre 95 a 100%)	Solicite biópsia por agulha grossa e encaminhe.
BIRADS 6 (diagnóstico de câncer)	Encaminhe para especialista.

Fonte: Venkataraman; Slanetz (2016)

Procure saber na rede de atenção a saúde da sua cidade, sobre a fila de espera para o serviço de mastologia.

- **Recomendações para a prática**

Desencoraje o autoexame sistemático das mamas. O autoexame sistemático das mamas leva a aumento dos falso-positivos, biópsias desnecessárias e não melhora a detecção precoce do câncer (FACINA, 2016; SANTOS,

2015). Conscientize sobre o conhecimento do próprio corpo, saúde das mamas e sinais/sintomas mais comuns do câncer de mama.

Não recomende ativamente o rastreamento mamográfico. Se solicitado, informe que há a recomendação do Ministério da Saúde e INCA mencionada anteriormente no texto. Informe claramente sobre possíveis benefícios e danos mencionados. Os danos mais frequentes são os falsos-positivos e os mais importantes e graves são os sobrediagnósticos que levam a sobretratamentos (explique ambos os termos com palavras simples). Use uma proporção simples para quantificar os sobrediagnósticos: para cada 1 mulher salva pelo rastreamento, cerca de 3 são diagnosticadas e tratadas de um câncer que não ameaçaria sua vida.

Procure fazer uma tomada de decisão compartilhada sobre os riscos e benefícios do rastreamento para o câncer de mama.

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos



Link

Texto em português sobre os benefícios e riscos do rastreamento do câncer de mama:
<<http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/public/uploads/images/mammography/mammography-pt.pdf>>.

Texto da médica de família e editora da revista The BMJ, Dra Iona Health, 'It is not wrong to say no':
<<http://www.bmj.com/content/338/bmj.b2529>>.

Ferramentas para discussão dos riscos e benefícios do rastreamento com o paciente, conforme a faixa etária: <<http://canadiantaskforce.ca/category/tools/breast-cancer/>>.

Pictograma em inglês sobre os riscos e benefícios do rastreamento do câncer de mama:
<<https://www.harding-center.mpg.de/en/health-information/fact-boxes/early-detection-of-cancer/breast-cancer-early-detection>>.

Baseie encaminhamentos e exames em protocolos que regulem o acesso de forma custo-efetiva. Conheça o Protocolo de Encaminhamento para Mastologia desenvolvido pelo TelessaúdeRS:
<https://www.ufrgs.br/telessaude/ documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_mastologia_20160324.pdf>.

Promova a prevenção primária do câncer de mama atuando sobre os fatores de risco modificáveis. Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, cessar o tabagismo (BRASIL, 2016), evitar uso de terapia de reposição hormonal pós-menopausa por mais de 5 anos (MARTIN, 2017) e promover do aleitamento materno (INCA, 2015).

Aproveite o Outubro Rosa para discutir a saúde da mulher em geral, debater a necessidade de uma tomada de decisão baseada em riscos e benefícios da mamografia para o rastreio do câncer de mama, ao invés de perpetuar o medo.

Fique atento aos materiais informativos, eles podem conter informações desconstruídas e não baseadas em evidências como: rastreamento com mamografia fora da faixa etária dos 50-69 anos, recomendar autoexame das mamas, outros exames não comprovados

para o rastreio como ultrassonografia ou ressonância.

2.4 Rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)

2.4.1 HIV

- **Por que rastrear?**

Diagnosticar e tratar precocemente seus pacientes assintomático com HIV reduz o risco de desenvolvimento de AIDS e sua morbimortalidade. Além disso, se o paciente tratado alcançar uma carga viral indetectável ele deixa de transmitir o HIV. (USPSTF, 2013) O rastreamento no pré-natal reduz o risco da transmissão materno-fetal. (USPSTF, 2013)

- **Quem, quando e como rastrear?**

Você deve ofertar o rastreamento para todos os seus pacientes dos 15 aos 65 anos, (< 15 anos ou > 65 anos em risco também devem ser rastreados) e todas as suas pacientes gestantes (Grau de recomendação A pelo USPSTF) (USPSTF, 2013).

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

O rastreamento pode ser feito com testes rápidos ou exames de laboratório.

O intervalo deve ser anual para pacientes de mais alto risco (como HSH – Homens que fazem Sexo com Homens e UDI – Usuários de Drogas Injetáveis), cada 3-5 anos para os demais ou em intervalos menores para os em risco, ou pode não ser necessário repetir se não tiver comportamento de risco após o 1º teste (USPSTF, 2013).

- **Recomendações para a prática**

O teste de HIV deve ser amplamente oferecido por você e sua equipe, indique como exame de rotina. Ofereça teste rápido.



Link

Acesse o site do TeleLab que oferece cursos para profissionais de saúde, como sobre o teste rápido de HIV e outras ISTs: <<http://telelab.aids.gov.br/>>.

Ofereça a Profilaxia Pós-Exposição (PEP): <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_20_10_1.pdf>.

2.4.2 Sífilis

• Por que rastrear?

Os casos de sífilis têm aumentado consideravelmente nos últimos anos, principalmente da sífilis na gestação e a sífilis congênita (BRASIL, 2015c). Diagnosticar e tratar reduz complicações, sua transmissão e, pela sua associação com maior risco

de coinfeção com HIV, também reduz a transmissão de HIV (CANTOR, 2016). Rastrear e tratar a sífilis durante a gestação é de extrema importância para evitar a transmissão vertical e as possíveis complicações da sífilis congênita: prematuridade, baixo peso ao nascer, hidropsia fetal e morte intrauterina (ASSESSMENT, 2009).

Para o rastreio você pode utilizar tanto um teste treponêmico (teste rápido) quanto um não-treponêmico (VDRL).

Para o diagnóstico da sífilis você deve utilizar um teste treponêmico (teste rápido) MAIS um teste não treponêmico (VDRL).

Quando o teste rápido for utilizado para rastreio, se reagente, você deverá confirmar com o VDRL antes de iniciar o tratamento.

Quando o VDRL for utilizado para rastreio, se reagente, você deverá confirmar com um teste rápido na mesma consulta ou com um outro teste treponêmico, como FTA-Abs, antes de iniciar o tratamento.

Porém, se a paciente for gestante está indicado que o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, teste rápido ou VDRL, sem aguardar o resultado do segundo.

Fonte: Brasil (2015c)

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

• Quem, quando e como rastrear?

Você deve rastrear todos seus pacientes assintomáticos que estejam em risco para sífilis (CANTOR, 2016) e todas as suas pacientes gestantes (GRAU DE RECOMENDAÇÃO PELO USPSTF) (USPSTF, 2009). As gestantes devem realizar o rastreio no primeiro e terceiro trimestre.

O intervalo de rastreamento deve ser, pelo menos, anual para pacientes de mais alto risco (HIV, HSH – Homens que fazem Sexo com Homens e UDI – Usuários de Drogas Injetáveis). Não há um intervalo conhecido como mais adequado. Vai depender dos comportamentos sexuais de risco do paciente (BRASIL, 2015c).

• Recomendações para a prática

O teste rápido de sífilis deve ser amplamente oferecido por você e sua equipe.

Não esqueça de tratar as parcerias para parar o ciclo de transmissão.



Link

Para detalhes sobre o diagnóstico de sífilis acesse o Manual técnico para diagnóstico da sífilis: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual_sifilis_10_2016_pdf_19611.pdf.

Muitos profissionais ainda cultivam o mito de que não se deve aplicar penicilina na Atenção Primária, sobrediagnosticando falsas 'alergias à penicilina' e perdendo oportunidades de tratamento. Assista o vídeo sobre o assunto: <https://www.youtube.com/watch?v=tRIB0UzXyyw>.

2.4.3 Hepatite B

- **Por que rastrear?**

Identificar pacientes assintomáticos com hepatite B crônica pode ajudar aqueles que se beneficiariam do manejo precoce da doença, além de reduzir comportamentos que podem levar a uma rápida progressão para doença hepática. O rastreamento pode reduzir a transmissão vertical e identificar contatos para serem rastreados também

(LEFEVRE, 2014). Além disso, identificar pacientes que não foram previamente expostos à hepatite B é uma oportunidade para vacinação (LEFEVRE, 2014).

O rastreamento de hepatite B na gestação e a profilaxia do recém-nascido com imunoglobulina reduz substancialmente as taxas de transmissão materno-fetal e o risco de infecção crônica do bebê (LIN; VICKERY, 2009).

Apesar desses resultados positivos do rastreamento, não são comprovados benefícios na morbimortalidade e na transmissão da hepatite B ao se rastrear pessoas assintomáticas não gestantes (LEFEVRE, 2014).

- **Quem, quando e como rastrear?**

Você deve oferecer o rastreamento de hepatite B para todos seus pacientes de alto risco para infecção por hepatite B (GRAU DE RECOMENDAÇÃO B PELO USPSTF)

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

(LEFEVRE, 2014). Você também deve rastrear para hepatite B todas as suas pacientes gestantes na sua primeira consulta primeira consulta e no terceiro trimestre (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A PELO USPSTF) (LIN; VICKERY, 2009).

As pessoas em alto risco para infecção por hepatite B são HSH – homens que fazem sexo com homens, UDI – Usuários de drogas injetáveis, pessoas vivendo com HIV e contatos domiciliares de pacientes com hepatite B.

O teste detecta o antígeno de superfície do HBV (HBsAg). Pode-se usar o teste rápido ou o teste laboratorial de HBsAg. Um teste rápido deve ser confirmado com um teste laboratorial. Um HBsAg reagente deve ser analisado em conjunto com o resultado do Anti-HBc e Anti-HBs para definir se infecção aguda, crônica e imunidade (BRASIL, 2015b).



Link

Para maiores detalhes sobre a interpretação do teste acesse o 'O Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais' em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual_tecnico_hv_pdf_75405.pdf.

- **Recomendações para a prática**

Ofereça vacina contra hepatite B regularmente para todos os seus pacientes adultos.

2.4.4 Hepatite C

- **Por que rastrear?**

O rastreamento de Hepatite C pode identificar pacientes em estágio inicial da doença antes deles desenvolverem danos hepáticos sérios e irreversíveis. Apesar de não existirem evidências diretas de que o rastreio reduza morbimortalidade, o diagnóstico precoce da infecção assintomática por

hepatite C melhora desfechos clínicos e reduz risco de transmissão ao discutir formas de preveni-la. Além disso, os novos e mais eficazes regimes de tratamento da hepatite C somados ao rastreamento com identificação precoce da infecção são uma aposta na diminuição de mortalidade geral e relacionada à doença hepática (carcinoma) (CHOU, 2013).

- **Quem, quando e como rastrear?**

Você deve oferecer o rastreamento de hepatite C para todos seus pacientes com risco para infecção por hepatite C (Grau de Recomendação B pelo USPSTF) (CHOU, 2013).

O principal fator de risco para transmissão de hepatite C é o uso atual ou passado de drogas injetáveis. Outros são uso de drogas inaladas (como cocaína), exposições percutâneas, hemodiálise, tatuagens e piercings. A exposição sexual de risco, apesar de menores chances de

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

transmissão, também é um fator de risco (CHOU, 2013). Também ofereça investigar para: nascidos antes de 1975, receptores de transfusão de sangue e hemoderivados ou transplantes de órgãos antes de 1993, mãe portadora de hepatite C, contatos domiciliares de portadores, pacientes em hemodiálise (BRASIL, 2015b).

O intervalo entre os rastreios vai depender se a pessoa está ou não continuamente se expondo a riscos. Não há recomendações precisas de periodicidade.

O rastreio é feito pelo anti-HCV (teste rápido ou laboratorial), que devem ser confirmado com RNA para identificar portadores de hepatite C crônica.

2.4.5 Clamídia e Gonorreia

- **Por que rastrear?**

A infecção por clamídia e gonorreia é umas das mais frequentes ISTs e na grande maioria das vezes é assintomática.

Mulheres com infecção assintomática podem ter complicações sérias e transmitir para suas parcerias. Entre as complicações está: infertilidade, doença inflamatória pélvica (DIP), dor pélvica e gravidez ectópica (NELSON, 2014; BRASIL, 2015c). O rastreamento tem potencial para identificar e tratar mulheres infectadas, reduzindo as complicações (NELSON, 2014).

Quem, quando e como rastrear?

Você deve rastrear todas as mulheres ≤ 24 anos e as com > 24 anos que tenham

fatores de risco (GRAU DE RECOMENDAÇÃO B PELO USPSTF): comunidades com alta prevalência, história prévia de IST, novos ou múltiplos parceiros sexuais, uso irregular de preservativo, profissionais do sexo ou uso de drogas injetáveis (NELSON, 2014), HSH – Homens que fazem Sexo com Homens (SOKOL, 2016).

O intervalo de rastreamento não está bem estabelecido. Sugere-se repetir se o paciente tem um comportamento sexual de risco (NELSON, 2014).

O rastreio deve ser realizado por testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAATs), que detectam pequenas amostras de DNA ou RNA, que podem ser realizados com swabs endocervical e uretral ou em amostras de urina, possibilitando que a coleta seja feita pela própria paciente (NELSON, 2014).

Pelo SUS está disponível a captura híbrida, que é um outro método de biologia molecular (BRASIL, 2015c), porém como

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

procedimento de média complexidade, necessitando que cada município escolha oferecer ou não o teste na Atenção Básica.

• Recomendações para a prática

Verifique se em seu município está disponível a captura híbrida ou outro teste para o rastreamento de clamídia e gonorreia. Se não estiverem disponíveis, a principal estratégia será o tratamento das parcerias sexuais de portadores de uretrite ou cervicite (BRASIL, 2015c).

2.5 Rastreios não recomendados

2.5.1 Câncer de próstata

O câncer de próstata é o segundo câncer mais comum em homens. A sua incidência vem aumentando no Brasil, tanto por alterações no contexto social, econômico e de saúde com aumento da expectativa de vida (que pode levar a um aumento de 60% em relação aos casos), quanto pela melhoria

Figura 17 – A infecção por clamídia e gonorreia é umas das mais frequentes ISTs



da qualidade dos sistemas de informação do SUS e também pela disseminação do rastreamento levando ao sobrediagnóstico de câncer de próstata.

Os principais fatores de risco, segundo o INCA (2015), são:

Idade: é o único fator de risco bem estabelecido em relação ao câncer de próstata. A grande maioria dos casos ocorre acima dos 65 anos e menos 1% antes dos 50 anos.

História familiar: cerca de 25% têm história familiar de câncer de próstata, sendo que se seu paciente tem pai ou irmão com câncer de próstata seu risco aumenta 2-3 vezes, sendo maior (cerca de 11 vezes) se o diagnóstico em pai ou irmão tiver ocorrido antes do 40 anos.

Etnia/cor da pele: homens negros têm 1,6 vezes mais chances de desenvolver câncer de próstata que homens brancos, porém essa diferença pode ter relação ao estilo de vida e fatores associados à detecção da doença.

Excesso de peso corporal e consumo excessivo de carne vermelha.

O câncer de próstata é considerado um câncer de bom prognóstico se diagnosticado e tratado de forma oportuna (INCA, 2015). O rastreamento de câncer de próstata usando toque retal e/ou dosagem sérica do PSA vem sendo motivo de diversos debates no país e no mundo. Não há evidências robustas de que os benefícios do rastreio de rotina se sobreponham aos riscos (BRASIL, 2010). Tanto no Brasil, como na Austrália, Canadá e Reino Unido não se recomendam a organização de programas de rastreamento para o câncer de próstata (INCA, 2015). Não há efeitos significativos de rastrear câncer de próstata na redução absoluta da mortalidade por essa doença ou na mortalidade em geral. A ações para controlar a doença devem focar na prevenção primária e diagnóstico oportuno (INCA, 2015; BELL, 2014; LIN, 2011).

- **Recomendações para a prática**

A decisão de rastrear ou não deve se basear nas preferências do paciente, possíveis desfechos e prognósticos (HOFFMAN, 2017; BMJ BEST PRACTICE, 2016a).

Oriente sobre os sintomas de alerta e investigue: necessidade de urinar com maior frequência principalmente à noite, dificuldade para iniciar a micção, dor ao urinar, jato urinário fraco, sensação de bexiga cheia após urinar. Esses sintomas são relacionados a alguma patologia prostática, na maioria das vezes benigna.

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

Ter entre 55 e 69 anos e não ter comorbidades que reduzam sua expectativa de vida para menos de 10 anos.

Ter entre 45 e 69 anos com fatores de alto risco (negros, pai ou irmão com câncer de próstata, principalmente antes dos 65 anos) e não ter comorbidades que reduzam sua expectativa de vida para menos de 10 anos. Vale ponderar que esses fatores de risco não são tão bem estabelecidos quanto à idade.

Link

Panfletos em português para ajudar o paciente a decidir sobre rastrear ou não: <<http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/cancer/prostate/psa-be-smart-pt.pdf>> <<http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/cancer/prostate/psa-should-you-pt.pdf>>

Resumo em espanhol sobre os riscos e benefícios do rastreamento: <<http://sano-y-salvo.blogspot.nl/2017/04/el-uso-del-psa-en-el-cribado-del-cancer.html>>

Pictograma em inglês sobre os riscos e benefícios do rastreamento: <<https://www.harding-center.mpg.de/en/health-information/fact-boxes/prostate-cancer-early-detection>>.

Se seu paciente solicita rastreamento, primeiro identifique se ele pode ser candidato

ao rastreio (BELL, 2014; LIN, 2011; BIBBINS-DOMINGO, GROSSMAN; CURRY, 2017):

Se a decisão for rastrear, solicite PSA (os estudos não encontraram diferenças ao associar toque retal com PSA) a cada 2-4 anos (HOFFMAN, 2017).

2.5.2 Câncer de pele

Não existem evidências consistentes que demonstrem que rastrear câncer de pele (procurar deliberadamente por alterações da pele de seu paciente sem queixas num exame de rotina) reduza morbimortalidade por esse câncer ou diagnostique precocemente melanoma ou câncer não melanoma (BRASIL, 2010; WERNLI, 2015).

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Link

Para uma leitura crítica em relação à campanha do Novembro Azul, sugerimos estas leituras:

- Texto em português produzido pelo TelessaúdeRS sobre rastreio: <https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/novembro-azul-nao-e-outubro-rosa-2/>
- Artigo em português: 'Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem': <http://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160288.pdf>
- Esclarecimentos da SBMFC aos apoiadores do Novembro Azul: <http://www.sbmfc.org.br/media/Novembro%20Azul.pdf>
- Texto crítico ao rastreamento em espanhol: <http://www.actasanitaria.com/aviso-en-el-mundo-hay-millones-de-varones-impotentes-e-incontinentes-por-causa-medica-no-dejes-que-toquen-la-prostata-ni-que-te-hagan-el-psa-pasalo/>
- Vídeo com Dr. Rob Janett sobre o Novembro Azul: <https://www.youtube.com/watch?v=jucamyyNsmY>

2.5.3 Câncer de boca

Não existem evidências consistentes que demonstrem que rastrear câncer de boca

(procurar deliberadamente por alterações na boca de seu paciente sem queixas num exame de rotina) reduza mortalidade por esse câncer (OLSON, 2013; BRASIL, 2010).

2.5.4 Câncer de pulmão

O câncer de pulmão tem elevada mortalidade, sendo um dos mais agressivos, com razão de mortalidade/incidência em torno de 90%. A sobrevivência em 5 anos é em torno de 10-15%. O tabagismo é o responsável por 85-90% dos cânceres de pulmão. Outros fatores de risco: exposição ambiental e ocupacional (sílica, asbesto, radônio, poluição do ar por motor à diesel, combustão do carvão) e tabagismo passivo (INCA, 2015).

O rastreamento com radiografias de tórax de rotina em pacientes fumantes assintomáticos não reduz mortalidade por câncer de pulmão (DEFFEBACH; HUMPHREY,

Figura 18 – O tabagismo é o responsável por 85-90% dos cânceres de pulmão



2017). Tanto a radiografia de pulmão quanto a tomografia computadorizada de baixa dosagem (TCBD), que é mais sensível na identificação de cânceres de pulmão

pequenos e assintomáticos, têm altas taxas de falso-positivos que levam a uma série de exames adicionais desnecessários. Além disso, não é custo efetivo, tanto pelo alto

custo de sua implementação usando TCBD, quanto pelo custo dos diversos exames adicionais desnecessários para investigar resultados falso-positivos da TCBD (DEFFEBACH; HUMPHREY, 2017).

- **Recomendações para a prática**

A melhor e única estratégia comprovada para reduzir a incidência e morte por câncer de pulmão é parar de fumar (DEFFEBACH; HUMPHREY, 2017). Não existem recomendações nacionais para o rastreio do câncer de pulmão.

2.5.5 Câncer de ovário

Existem evidências robustas que orientam contra o rastreamento de câncer de ovário (MOYER, 2012; CARLSON, 2017). Rastrear mulheres assintomáticas, seja na pré-menopausa ou na menopausa, usando ultrassonografia pélvica e/ou exame laboratorial do antígeno tumoral CA-125 não

diminui mortalidade por câncer de ovário. O rastreamento leva a aproximadamente 10% de falso-positivos, sendo que 1/3 das mulheres com falso-positivos sofrem a retirada desnecessária do(s) ovário(s) com complicações pelo procedimento cirúrgico (o índice gira em torno de 21 complicações para cada 100 cirurgias) (MOYER, 2012; CARLSON, 2017).

2.5.6 Câncer de testículo

O câncer de testículo afeta principalmente homens entre 20-35 anos, representando cerca de 1% dos cânceres no homem. Seu prognóstico é normalmente bom, com boas chances de cura (LIN; SHARANGPANI, 2010; ILIC; MISSO, 2011).

Não existem evidências para o rastreamento do câncer de testículo, seja por meio do exame físico realizado pelo profissional, seja pelo autoexame realizado

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

pelo paciente. O rastreamento pode levar a resultados falso-positivos que levam a exames desnecessários e ansiedade do paciente por conviver com uma alteração que poderia ter sido um câncer (LIN; SHARANGPANI, 2010; ILIC; MISSO, 2011).

2.5.7 Osteoporose

Existem controvérsias sobre os benefícios do rastreamento populacional de osteoporose.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que 'até que se tenham estudos mais fundamentados sobre a mortalidade e os riscos associados à intervenção medicamentosa de longo prazo, não está indicado o rastreamento universal da osteoporose em mulheres de qualquer idade' (BRASIL, 2010).

Não há evidências sobre o rastreamento rotineiro de osteoporose em homens

(KLEEREKOPER, 2017).

Sem quedas, traumatismos, não há fratura! Invista na prevenção de queda. Os principais fatores de risco são: artrose, obesidade, doenças neurológicas e psiquiátricas, sedentarismo, baixa acuidade visual, uso medicamentos (como benzodiazepínicos).



Link

Leia mais sobre como a osteoporose e outras patologias passaram de uma alteração fisiológica à categoria de 'doença', com seu mercado próprio e 'fabricação de novos doentes': <<http://alertaindependente.blogspot.com.br/2012/11/>>. Também recomendamos a seguinte leitura: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/867>>.

2.6 O rastreamento no idoso

Em pacientes idosos, além das ponderações já comentadas sobre os riscos

e benefícios dos exames de rastreamento, temos que considerar qual a expectativa de vida do paciente e qual o intervalo de tempo que um determinado exame de rastreamento leva para produzir um efeito benéfico. Por exemplo, o rastreamento de câncer colorretal para ser eficaz necessita que se rastreiem 1000 pessoas ao longo de 10 anos para que uma morte por esse tipo de câncer seja evitada. Se o paciente tem expectativa de vida menor que 10 anos, provavelmente não irá se beneficiar do rastreamento (HEFLIN, 2017).

Fique atento à idade limite recomendada para o término dos rastreamentos. Acima dos 75 anos as intervenções de rastreamento em geral cessam (BRASIL, 2010).

Algumas recomendações sobre abordagens preventivas que podem ser benéficas para idosos:

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

- Rastreio de sedentarismo e promoção de atividades físicas
- Rastreio de tabagismo e aconselhamento/tratamento para parar de fumar
- Rastreio para o uso arriscado de álcool
- Avaliação geriátrica funcional (como avaliação do risco de quedas...)
- Pesquisa sobre quedas e risco delas
- Questionamento sobre incontinência urinária
- Questionamento sobre problemas na audição ou visuais
- Questionamentos sobre medicamentos em uso, possíveis interações e avaliação de 'polifarmácia'. Considerar desprescrição de medicamentos possivelmente danosos
- Questionamento sobre direção de veículos automotivos e fatores de risco para acidentes (como disfunções de memória, audição, visão)
- Questionamento e investigação de maus tratos e negligência



Caso Clínico 1



A Médica de Família (MFC) Izabel chama sua primeira paciente agendada do dia. A paciente chama-se Catarina e tem 70 anos. Ela está acompanhada pela filha Joana. A MFC Izabel inicia a consulta com uma pergunta aberta – ‘qual o motivo da consulta da senhora hoje?’. Catarina responde que está bem, mas sua filha anda preocupada e agendou a consulta. Joana então explicita as demandas para a consulta: quer fazer exames de rotina para sua mãe, solicitar exames de colesterol, para diabetes, mamografia, preventivo do câncer de colo de útero e para osteoporose. A MFC Izabel faz uma anamnese e um exame físico voltados a conhecer a história clínica passada e atual de Catarina, assim como explora as preocupações, ideias e expectativas dela e de sua filha com perguntas como – ‘quais são as preocupações suas e



Caso Clínico 1

de sua filha sobre a sua saúde?’, ‘como vocês acreditam que esses exames podem ajudar?’ e ‘o que vocês acreditam que a senhora possa ter?’. Com essa abordagem, a MFC Izabel coleta as seguintes informações:

‘Catarina é uma senhora de 70 anos, aposentada, trabalhava como agricultora. Mora sozinha há pelo menos 2 anos, sendo que morou a vida toda com o marido. Ele faleceu há 2 anos, aos 65 anos, de câncer de estômago. Ela conta que ele bebia muito e se alimentava mal. Catarina, por sua vez, diz não gostar de beber álcool. Catarina tem 3 irmãos, 2 vivos e 1 falecida por IAM aos 68 anos. O pai de Catarina morreu de câncer de pulmão aos 68 anos e a mãe de Catarina teve um AVC aos 69 anos e faleceu de complicações aos 71 anos. Nega história de câncer de cólon e reto na família. Catarina nunca fumou, nem seu marido. Ela tem diagnóstico de hipertensão desde os 55 anos. Atualmente está em uso de 1 comprimido de hidroclorotiazida ao dia, sendo que sua PA medida na consulta está 135/85mmHg. Fez exames de rotina para hipertensão há 8 meses, sendo que sua glicemia de jejum estava 106 e seu RCV é intermediário (a MFC usou o Escore de Framingham de 2008). Ela fez seu último citopatológico para câncer de útero aos 64 anos, fazia de rotina no passado, e nunca teve alterações. A última mamografia que realizou foi há 1 ano, o resultado foi BIRADS 1. Não tem história de câncer de mama em mãe, irmã ou filha. Seu exame físico cardiovascular está sem alterações, seu IMC

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos



Caso Clínico 1

é 26. Ao ser perguntada sobre perda de urina ela nega. Usa óculos, conta ter ido ao oftalmologista há 1 ano e meio, nega piora da visão desde então. Nega problemas de audição ou marcha. O único medicamento que usa é o da pressão e faz uso ocasional de paracetamol para dores articulares episódicas. Ela não tem grandes preocupações sobre sua saúde, conta que está bem e que sua filha é muito preocupada. A filha tem medo que sua mãe possa cair e sofrer uma fratura, quer prevenir osteoporose. Também acredita que ela precisa de exames de sangue para ‘ver se não tem anemia’ e tem medo de que ela tenha câncer. Conta que recentemente a mãe de uma amiga do trabalho teve câncer de mama aos 55 anos.’

A partir desse contexto, a MFC Izabel então orienta Catarina e sua filha:

- Quanto à preocupação em relação à anemia, Catarina tem um exame físico normal e não tem queixas que possam significar anemia, portanto não há necessidade de realizar um exame de sangue, hemograma, para isso no momento.
- Quanto à preocupação com o colesterol e o diabetes, orienta que Catarina está com seus exames em dia. Explica que esses exames são realizados anualmente porque Catarina tem hipertensão e servem para descartar diabetes e avaliar o risco cardiovascular dela. Aproveita para orientar que não irá perseguir determinado valor de colesterol e sim que o valor serve para calcular o risco cardiovascular e com esse cálculo intensificar



Caso Clínico 1

determinados tratamentos. Orienta que o IMC de Catarina mostra que ela está com sobrepeso, e incentiva que a mesma faça alguma atividade física recreativa e reduza o consumo de frituras na alimentação.

- Quanto à preocupação com o câncer de mama, orienta que, no caso dela, que não tem risco elevado para câncer de mama, a partir dos 69 anos não há mais necessidade de realizar mamografias. Aproveita para orientar sinais de alerta para o câncer de mama.

- Quanto ao preventivo de câncer de colo de útero, como seus exames passados não tiveram alterações e o último realizado foi aos 64 anos, não há necessidade de repetir mais o rastreamento. Orienta que qualquer queixa como corrimento ou sangramento vaginal deve ser motivo de consulta com a equipe para avaliação.

- Em relação à preocupação com o câncer, oferece solicitar um exame de sangue oculto em fezes, e que se esse tiver um resultado negativo orienta repetir a cada 2 anos até os 75 anos. Aproveita para orientar que as principais medidas para prevenir



Caso Clínico 1

câncer são: ter uma alimentação saudável (rica em frutas, verduras e grãos integrais, e baixa em gorduras saturadas e trans), praticar uma atividade física, não fumar, evitar beber álcool e proteger-se do sol. Nesse momento, orienta proteção solar.

- Já em relação à osteoporose, orienta que não é indicado o rastreamento de osteoporose pois esse não provou que realmente previna fraturas ao identificar osteoporose e usar medicamentos para tratá-la. Orienta que o que Catarina pode fazer para prevenir fraturas é: manter uma dieta com cálcio, sem a necessidade de toma suplementos; expor-se de forma segura à luz solar e evitar quedas. Para isso, oferece uma visita domiciliar da enfermeira e da agente comunitária da equipe com o intuito de procurar possíveis riscos e propor alternativas para prevenir quedas.

- Nessa conversa, explica para Catarina e Joana que a partir dos 75 anos os rastreamentos podem ser mais danosos que benéficos, sendo contraindicados. E que Catarina deva manter um estilo de vida saudável que é um dos fatores que realmente previne problemas de saúde.

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

2.7 O rastreamento em mulheres

As 10 principais causas de mortalidade isolada entre mulheres entre 10 e 49 anos nas capitais brasileiras durante o primeiro semestre de 2002 são eles: AVC, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidentes de transporte, doença hipertensiva, câncer do aparelho digestivo, diabetes, doenças do coração e câncer de colo de útero (BRASIL, 2006). Muitas vezes focamos a prevenção da saúde da mulher no rastreio do câncer de mama e colo uterino e esquecemos que talvez a cessação do tabagismo e hábitos saudáveis de vida para prevenção de AVC, o rastreio e tratamento do HIV e a prevenção da violência são tão ou mais importantes. Esteja atento às 'reais' recomendações para o rastreamento em mulheres. Exemplos comuns

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

de 'equivocos' cometidos são encontrados na listagem a seguir (BRASIL, 2010):

Câncer de colo de útero: muitas vezes rastreado fora das idades e indicações em que há evidências de que funcione. Não existe indicação de rastreamento rotineiro anual. Reflita que muitas vezes você realiza rastreamentos em mulheres com baixo risco e deixa de realizar em mulheres de maior risco como profissionais do sexo ou portadoras de HIV por deficiências no acesso à sua equipe ou desconhecimento.

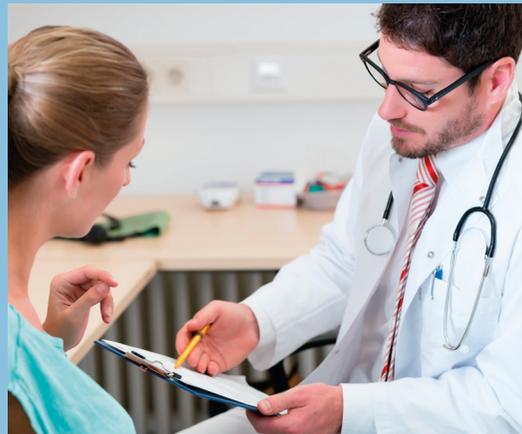
Câncer de mama: comumente rastreado fora das idades e indicações em que há evidências de que funcione. Há inclusive evidências contrárias ao rastreio no período indicado (acima dos 50 anos), o que faz necessário que sua paciente conheça os riscos e benefícios de realizar rastreio, além de não se recomendar que você ensine a realização sistemática do autoexame das mamas.

Não realize rastreamento de câncer de ovário ou endométrio com solicitação de ultrassonografias pélvicas, intravaginais, exames laboratoriais ou mesmo com o exame pélvico de rotina.

Uma prática comum é a solicitação de exames hormonais de rotina (TSH, FSH, LH, estradiol) em mulheres no climatério, e até como rotina em mulheres mais jovens, muitas vezes associado ao perfil lipídico e glicemia (sem avaliação de RCV). Não existem evidências que embasem essa prática. Procure explorar as preocupações das mulheres no climatério ao solicitarem exames de rastreamento, buscando apoiá-las nessa fase de transição.



Caso Clínico 2



O MFC João chama a próxima paciente para consulta. A paciente chama-se Rita, tem 40 anos. Ao ser questionada sobre o motivo da consulta ela responde 'vim fazer um check-up pois todo ano ia na minha ginecologista e ela pedia mamografia, ultrassom de mamas, ultrassom vaginal, exame de colesterol, diabetes, anemia, tireoide e dosagem hormonal'. João pergunta se tem mais algum motivo e Rita lembra que 'também quero fazer meu preventivo, fiz o último há 6 meses, e é bom repetir né'. João responde que 'vou começar então te perguntado algumas coisa, vou te examinar e então decidiremos quais são os exames indicados para você, pode ser?'. Rita concorda e João procede com a anamnese, exame físico e busca entender quais as preocupações e expectativas de Rita em relação

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos



Caso Clínico 2

aos diversos exames que ela acredita que precisa. João então consegue as seguintes informações: 'Rita tem 40 anos, é advogada, tem 2 filhas, uma de 12 anos e outra de 10 anos. Separou-se há 2 anos, atualmente está namorando há 6 meses. Tem um irmão de 34 anos, seus pais são vivos e ambos têm hipertensão, sua mãe tem hipotireoidismo também. Nega história de câncer de mama em mãe, irmã ou filha. Nega história de câncer de cólon e reto na família. Não fuma, faz uso de álcool 1 a 2 vezes por mês em momentos com amigas. Não faz nenhuma atividade física, costumada fazer aulas de aeróbico mas parou há uns 6 anos. Fez sorologias para HIV, sífilis e hepatite C logo após a separação e não repetiu mais. Desde a separação teve 2 parceiros, sendo que com o atual namorado transou sem preservativos uma vez. Ela faz uso de DIU há 5 anos. Menstrua regularmente. Tem vacinação completa contra hepatite B que fez na primeira gestação. Nega corrimentos, queixas genitais. Faz rastreio de câncer de colo de útero desde o início da vida sexual aos 18 anos, nega ter tido alterações no exame. Último exame há 6 meses. Faz mamografia, ultrassom de mama e ultrassom transvaginal como rastreamento, não lembra de ter tido queixas, desde os 35 anos. Sua ausculta cardíaca, pulmonar são normais. PA é 130/75, seu IMC é 25. Ela acredita que tem que fazer exames pelo menos a cada 1 ano, tem preocupações quanto a problemas de tireoide pois sua mãe tem hi-



Caso Clínico 2

potireoidismo, e tem medo de ter algum problema de saúde pois está iniciando novo relacionamento.' Com base nesses dados João faz as seguintes orientações para Rita e busca acordar quais serão os exames de rastreamento necessário para o momento:

- Em relação aos exames de colesterol João explica que existem diversas controvérsias sobre quando se deve solicitar exames de colesterol e que os valores dos exames devem ser interpretados usando uma calculadora de risco cardiovascular (RCV). Sendo assim propõe que ela traga os resultados prévios dos exames para ele calcular o RCV dela numa próxima consulta e que de qualquer forma, ela deve procurar prevenir problemas cardiovasculares reduzindo o peso (ela tem sobrepeso com IMC 25), melhorando sua dieta e retomando uma atividade física. João então incentiva Rita a retomar as aulas de aeróbico e entrega um informativo sobre mudanças de estilo de vida para prevenção de doenças cardiovasculares. Aproveita também para tranquilizá-la pois sua PA está normal e ela não tem hipertensão.



Caso Clínico 2

- Em relação a diabetes, devido a sua idade e seu IMC de 25 ela tem indicação de realizar glicemia de jejum pelo menos a cada 3 anos. Como ela realizou o exame ano passado, combina que traga o resultado junto com o do colesterol para eles reavaliarem a necessidade de rastrear novamente.

- Em relação ao exame para anemia, explica que ela não tem alterações no exame físico ou na anamnese que indiquem risco de anemia, portanto não há necessidade de se solicitar um hemograma.

- Em relação ao exame de tireoide, explica que, mesmo que sua mãe tenha hipotireoidismo, não há indicação de fazer um exame de rotina para identificar problemas de tireoide em pessoas que não tem queixas típicas. Fazer exames de tireoide desnecessariamente pode inclusive levar a problemas como sobrediagnóstico e sobretratamento. João então entrega um panfleto informativo para que ela leia contendo informações sobre problemas de tireoide e porque não rastrear. Pede que na próxima consulta eles retomem o assunto para reavaliar a necessidade do exame se preciso.

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos



Caso Clínico 2

- Quanto ao exame de rastreamento de câncer de mama orienta que não há indicação de realizar mamografia antes dos 50 anos e que o ultrassom de mama não é o método mais adequado para detectar câncer de mama. Aproveita para orientar sobre os sinais de alerta e oferece enviar um e-mail para ela com alguns materiais sobre câncer de mama e mamografia para ela.

- Quanto ao rastreio para câncer de colo de útero, orienta que o exame deve ser feito a cada 3 anos, não havendo benefício de ser realizado em intervalo menor.

- Quanto ao ultrassom transvaginal e exames hormonais, orienta que o mesmo não tem indicação de ser realizado em mulheres assintomáticas pois não há benefício em relação à detecção precoce de câncer.

- Os exames mais indicados para o caso são as sorologias para sífilis, hepatite C e HIV, visto que ela teve relações desprotegidas há alguns meses e nova parceria. O MFC aproveita para orientar uso de preservativo e discutir prática sexual segura.



Caso Clínico 3

Dez anos depois o MFC João chama à consulta a paciente Rita. Rita, agora com 50 anos, é paciente do MFC João desde há 10 anos. Ela vem para consulta de rotina. João conhece Rita muito bem, e desde há 10 anos vem acompanhando Rita. Ela está casada há 10 anos, seu segundo casamento. Com base na história já conhecida de Rita e sua idade atual de 50 anos o MFC João recomenda os seguintes rastreios:

- Avaliação do RCV: João tem seguido a recomendação da USPSTF 2016 e realizado o cálculo do RCV a cada 5 anos.
- Hipertensão: rastreio cada 2 anos.
- Diabetes: João tem seguido a recomendação da USPSTF 2015 e realizado o rastreio com glicemia de jejum a cada 3 anos pois Rita mantém-se com IMC alternando entre 25 e 26.
- Câncer de colo de útero: rastreio a cada 3 anos.
- Câncer de mama: desde a primeira consulta com Rita há 10 anos, João propôs para ela o rastreio somente a partir dos 50 anos e ao longo de sua relação ambos discutiram sobre os benefícios e problemas relacionados ao rastreamento de câncer de mama. Nessa consulta, Rita vem para solicitar o rastreamento com mamografia e ambos concordam em iniciar o rastreio com 50 anos.
- Câncer de cólon e reto: com 50 anos Rita iniciará o rastreamento com sangue oculto de fezes cada 2 anos.
- Sorologias: ambos concordam em realizar o rastreamento anual de HIV, sífilis e hepatite C pois



Caso Clínico 3

Rita está casada e não usam preservativos. O casal tem uma boa relação, mas já passou por períodos de crise conjugal.

2.8 O rastreamento em homens

Os homens são uma população com dificuldade de acesso aos serviços, principalmente se considerarmos que a maioria dos Centros de Saúde ainda não funciona fora do horário comercial.

A tendência recente é reduzir a saúde do homem à questão do câncer de próstata ou problemas sexuais, porém os principais problemas de saúde entre homens são as doenças do aparelho circulatório (como IAM, AVC) e causas externas (violência e acidentes de trânsito (BRASIL, 2010).

Muitas vezes, indicamos exames de rotina desnecessários para, por exemplo,

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Figura 19 – Rastreamento em homens



identificar colesterol elevado, ou exames de rastreamento de câncer de próstata com evidências pouco robustas, em vez de focar nas principais causas de morbimortalidade, na mudança do estilo de vida e na ampliação do acesso dos pacientes aos cuidados primários (como a ampliação de abertura do horário do Centro de Saúde).



Caso Clínico 4



Igor, 50 anos procura o Centro de Saúde Nova Esperança para um consulta com o MFC Gustavo. Igor veio após insistência da esposa que pediu para ele fazer exames de rotina e em especial o exame do câncer de próstata que viu na TV em novembro. O MFC Gustavo realiza anamnese e exame físico e coleta os seguintes dados:

'Igor é motorista de ônibus, mora com a esposa e um filho de 17 anos. Ele é casado há 20 anos. Tem um irmão de 55 anos e uma irmã de 60 anos, ambos têm hipertensão e diabetes. Seu pai faleceu aos 70 anos de câncer de pulmão, ele fumava desde adolescência. Sua mãe é viva, tem 80 anos



Caso Clínico 4

e tem hipertensão e diabetes. Nega história familiar de câncer de intestino ou próstata. Igor é tabagista, fuma 29 cigarros ao dia há 15 anos, nunca tentou parar e está ambivalente sobre isso. Faz uso de uma a três latinhas de cerveja nos finais de semana. Ao fazer as 4 perguntas do CAGE Igor responde negativamente as 4. Nega relações sexuais extraconjugais. Refere que não faz uso de preservativo com a esposa e que ela usa anticoncepcional. Refere que nunca fez sorologias e não sabe se tem vacinação contra hepatite B. Nega sintomas. Ao exame físico está sem alterações na ausculta cardíaca e pulmonar, seu IMC é 24, sua PA é 120/85. Nega preocupações sobre atuais sobre sua saúde.'

O MFC Gustavo então orienta os seguintes exames para Igor:

- Para avaliação do RCV o MFC Gustavo segue as recomendações da USPSTF 2016, portanto solicita entre 40 e 75 anos, a cada 5 anos, colesterol total, HDL e triglicerídeos para calcular o RCV. Para isso, utiliza o Escore de Framingham de 2008.
- Para rastreamento de diabetes o MFC Gustavo segue as recomendações do da USPSTF 2015. No caso do Igor, ele não tem IMC maior ou igual a 25, mas tem parentes de primeiro grau com diabetes. Portanto, o MFC Gustavo solicita rastreamento com glicemia de jejum.
- Para rastreamento de HAS ele realiza a medida da PA.

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos



Caso Clínico 4

Como a PA de Igor está normal, ele orienta nova medida em 2 anos.

- Para rastreamento de câncer de cólon e reto solicita sangue oculto em fezes. Se o rastreamento for negativo ele deverá ser repetido a cada 2 anos até os 75 anos.

- Para rastreamento de HIV, Gustavo oferece testagem anual para seus pacientes sexualmente ativos entre 15 e 65 anos. Como o mesmo nunca rastreou hepatites e sífilis, não tem certeza sobre vacinas contra hepatite B e tem parceria fixa mas não usa preservativos, Gustavo solicita rastreamento de hepatite C, sífilis e hepatite B.

- Quanto ao rastreamento de câncer de próstata, o MFC Gustavo explica ao paciente Igor que o rastreamento é controverso entre os médicos. Que no caso dele, que não tem fatores de risco elevados para câncer de próstata (como raça negra, pai ou irmão com câncer de próstata, principalmente antes dos 65 anos) eles poderiam discutir os benefícios e os riscos de rastrear entre 55 e 69 anos. O MFC mostra um pictograma sobre os riscos e benefícios do rastreamento e entrega um panfleto explicativo para que Igor leia, mostre para a esposa e na próxima consulta eles possam voltar a conversar sobre o rastreamento.

O MFC Gustavo aproveita a consulta para reforçar as principais medidas que Igor pode fazer para prevenir doenças e problemas de saúde. Ele



Caso Clínico 4

incentiva Igor a parar de fumar, oferece o tratamento disponível pelo SUS quando ele quiser parar e se mostra disponível. Também orienta sobre dieta adequada e reforça a necessidade de Igor começar a praticar uma atividade física, identificando com Igor que no passado o mesmo gostava de andar de bicicleta e está disposta a tentar a retomar essa prática. Também reforça o uso de cinto de segurança e capacete durante o uso de carro ou moto, pois é uma das principais causas de morte em homens.

2.9 O rastreamento em Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)

As práticas sexuais podem colocar uma pessoa em maior ou menor risco para determinadas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Figura 20 – Rastreamento LGBT



Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Link

Muitos pacientes não revelam suas práticas sexuais de risco para seus médicos ou enfermeiros. Conheça alguns conceitos sobre Orientação sexual e Identidade de gênero, acesse Cartilha Atenção Integral à Saúde da População Trans: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>>.

Utilize de habilidades de comunicação para desenvolver uma relação empática. Inclua perguntas sobre sexualidade nas suas consultas. Assista esse vídeo que desvela as possíveis diferenças no atendimento de um profissional utilizando habilidades de comunicação e outro não utilizando dessas habilidades na abordagem de paciente homossexual: <<https://www.youtube.com/watch?v=kulRHg8kTMM&list=WL&index=10>>.

No quadro a seguir você encontra recomendações sobre o rastreamento na população LGBT.

Quadro 16 – Rastreamento na população LGBT

MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS

Não é necessário penetração para transmitir ISTs: troca de secreção vaginal contato dedo-genitália, genitália-genitália, ou objetos/brinquedos sexuais sem camisinha ou limpeza apropriada (orientar que brinquedos sexuais sejam lavados com água quente e sabão ou cobertos com nova camisinha antes de serem trocados durante o sexo).

HOMENS GAYS E BISSEXUAIS

Homens que fazem sexo com outros homens (HSH – esse termo abrange homossexuais, bissexuais e os homens que não se reconhecem ou não se assumem como dessas categorias) são uma população mais vulnerável ao HIV/AIDS. Vale destacar que a prevalência de HIV é a mais elevada, de aproximadamente 10,5% (na população em geral é 0,4%, nos usuários de drogas injetáveis é 5,9% e nos profissionais do sexo 4,9%). E concentra-se mais na faixa etária entre 15 e 25 anos.

Realize rastreamento mais frequente de HIV (anualmente) e orientações de sexo seguro, outras estratégias de controle ao HIV como a PEP (Profilaxia Pós Exposição ao HIV – uso de medicamento após uma exposição sexual de risco), a PREP (Profilaxia Pré exposição ao HIV – uso de medicamento preventivo para determinadas populações de risco, como os HSH – Homens que fazem Sexo com Homens) e a TASP (Tratamento como prevenção – tratar todo o paciente com HIV de forma que sua carga viral fique indetectável e com isso deixe de transmitir o vírus).

Realize rastreamento anual de sífilis, e de clamídia e gonorreia, quando disponível (se o exame não estiver disponível trate todas as parcerias de pacientes sintomáticos ou diagnosticados com clamídia e/ou gonorreia).

TRAVESTIS, MULHERES TRANSEXUAIS E HOMENS TRANS

Fique atento às indicações de rastreio em quem já realizou modificações corporais. Considere o gênero de nascimento ao oferecer rastreamento para câncer de mama e para câncer de colo de útero.

Mulheres transexuais são mulheres que não se identificam com seus genitais biológicos masculinos, nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos, podem, através de modificações corporais (hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual), exercer sua identidade de gênero feminina de acordo com seu bem-estar biopsicossocial. Identificam-se como mulheres (identidade de gênero) e podem ser heterossexuais, homossexuais e bissexuais (orientação sexual).

Homens trans são homens que não se identificam com seus genitais biológicos femininos, nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos podem, através de modificações corporais (hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual), exercer sua identidade de gênero masculina de acordo com seu bem estar biopsicossocial. Identificam-se como homens (identidade de gênero) e podem ser heterossexuais, homossexuais e bissexuais (orientação sexual).

A travesti se relaciona com o mundo no gênero feminino, no que diz respeito às aparências e formas assumidas por meio do uso de hormônios feminilizantes e/ou aplicações de silicone, tendo como característica marcante a mistura das características femininas e masculinas em um mesmo corpo.

Entre travestis e mulheres trans (gênero de nascimento são comuns o uso abusivo de hormônios femininos e a aplicação de silicone industrial em diversas partes do corpo ('bombadeiras'). Entre homens trans, é comum o uso de testosterona (anabolizantes esteroides), até mesmo para uso veterinário.

Nos que fizerem uso de hormônios é importante avaliar o possível aumento do Risco Cardiovascular (RCV), principalmente em mulheres transexuais pelo uso de hormônios a base de estrogênio. O ideal é atuar nos fatores de risco modificáveis como tabagismo (maior prevalência nessa população).

Pode ocorrer automutilação decorrente do sofrimento por ter um corpo com o qual não tem identificação, autoamputação do pênis ou testículos (mulheres transexuais) e até das mamas (homens trans).

Rastreamento de câncer de mama em mulheres trans: não há indicação de rastreio com mamografia. O risco de câncer de mama é muito baixo porque não há progesterona no seu tratamento hormonal. Se paciente fez esquemas de tratamento hormonal não supervisionados que incluíam progesterona (que aumenta o risco de câncer em nascidos biologicamente femininos sob terapia de reposição hormonal), discuta com especialista sobre a necessidade rastreamento.

Ser mulher trans não é um fator de risco que indique rastreamento de câncer de próstata diferente da população masculina em geral.

Rastreamento de câncer de mama em homens trans: segue a mesma rotina da população em geral. Se mastectomia: risco é muito pequeno e está relacionado a casos raros em tecido mamário preservado na cirurgia.

Rastreamento de câncer de colo de útero em mulheres transexuais com neovagina não é necessário.

Rastreamento de câncer de colo de útero em homens transexuais com cervix intacto: segue a mesma rotina da população em geral (pode ser traumático e deve ser discutido em relação aos riscos e benefícios em pacientes que não fizeram sexo vaginal com penetração mas mantém outras práticas que o HPV possa ser transmitido).



Caso Clínico 5



Tais, 35 anos, chega para sua primeira consulta com o MFC Ricardo. Enquanto aguarda na sala de espera, Tais está preocupada de como será esse primeiro encontro, pois ela nasceu como João Otávio, segundo filho de um casal de professores e hoje é uma mulher trans. Já sentiu o preconceito de profissionais de saúde outras vezes. Seu gênero biológico masculino já a colocou em situações constrangedoras, sendo chamada por 'senhor' ou 'senhor João Otávio' em locais em que o prontuário somente continha espaço para o nome de sua certidão de nascimento. Outras vezes, quando procurou atendimento de urgência por uma sim-



Caso Clínico 5

ples dor de garganta, na qual o fato de ser ou não uma mulher trans não fazia qualquer diferença acabou sendo colocado em foco na consulta sem que ela quisesse.

Após aguardar uns 15 minutos o MFC Ricardo abre a porta do consultório e chama pelo seu nome: 'Tais'. Aliviada levanta e vai até o consultório. Tais sente-se mais confortável quando, durante a consulta, o MFC Ricardo respeitosamente pergunta a ela como quer que a chame e a mencione em pedidos de exames e encaminhamentos.

O MFC Ricardo então pergunta sobre o motivo da consulta e Tais responde que 'vim para exames de rotina, fico preocupada com câncer de mama e também com o câncer de próstata... e quero ver como anda minha tireoide'. Ricardo procede com a anamnese e exame físico de Tais e coleta as seguintes informações:

'Tais tem 35 anos, é uma mulher trans que sempre usou e usa terapias hormonais sob supervisão médica. Ela tem mamas e uma neovagina. Fez uso de hormonioterapia. Tem um irmão homem de 40 anos, saudável. Seu pai tem hipertensão e sua mãe tem hipotireoidismo. Nega história familiar de câncer de próstata, mama ou de intestino. Tais é fumante desde os 20 anos, fuma 20 cigarros ao dia. Responde negativamente ao rastreio de uso de álcool usando o CAGE. Ela faz atividade física 3 vezes na semana, costuma correr. Tem uma

Unidade 2 Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos



Caso Clínico 5

nova parceria sexual que está se relacionando há 3 meses. Suas últimas sorologias foram há 2 anos. Tem vacinação completa contra hepatite B. Sua PA é 120/75 e seu IMC é 23. Suas preocupações, ideias e expectativas esta relacionadas principalmente em medo de câncer de mama, próstata e problemas de tireoide pois sua mãe tem hipotireoidismo.'

Com essa informações Ricardo orienta Tais:

- De acordo com a história e exame físico há indicação de fazer rastreamento para HIV, sífilis e hepatite C.
- Quanto ao rastreamento de câncer de mama, Ricardo explica que não é indicado em mulheres trans que fizeram terapia hormonal supervisionada sem uso de progesterona.
- Quanto ao rastreamento de câncer de próstata, orienta que a idade de 35 anos não é uma idade para se considerar rastreamento e que existem controvérsias sobre o rastreamento mesmo na faixa etária entre 55 e 69 anos. Ricardo entrega alguns informativos para Tais ler e num próximo encontro eles voltarem a conversar sobre o assunto.
- Ricardo explica que pelo fato de a hormonioterapia conter estrogênios isso é um fator de risco cardiovascular, que se soma ao fato de Tais fumar. Por outro lado, Ricardo parabeniza Tais por ter um peso adequado e manter-se ativa. Orienta que aos 40 anos, seguindo as recomendações da



Caso Clínico 5

USPSTF 2016, seja calculado o RCV de Tais e para isso será necessário solicitar colesterol total, HDL e triglicérides. Para o momento, Ricardo reforça a importância de parar de fumar – ‘essa é a principal atitude que você pode tomar para reduzir seu RCV’, explica. Pergunta se Tais tem interesse em tentar e ela diz que vai pensar no assunto. Ricardo entrega um panfleto e pede para ela agendar uma consulta com a enfermeira da equipe que tem feito consultas motivacionais e tratamento para tabagismo.

- Orienta que pela idade, seu IMC e sua história clínica não há indicação de rastreamento para diabetes (o MFC Ricardo segue as recomendações da USPSTF 2015).

- O MFC também aproveita para orientar que pelo fato de Tais não ter um colo de útero, não há necessidade de rastrear câncer de colo uterino.



Caso Clínico 6



Felipe, 50 anos, é um homem trans. Ele acompanha há 5 anos com a MFC Paula no Centro de Saúde Trindade. Seu vínculo com Paula é muito importante para ele pois ela conhece sua história, preferências e tem uma postura respeitosa. Vem à essa consulta para solicitar um check-up. A MFC Paula já conhece sua história:

‘Felipe não tem comorbidades, nunca fumou e não usa álcool. Tem feito caminhadas diárias. Não tem história familiar de câncer. Tem feito exames de HIV, sífilis e hepatite C anuais e avalia seu RCV

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos



Caso Clínico 6

a cada 5 anos pois esse é baixo (a MFC Paula segue as recomendações da USPSTF 2016 e utiliza o Escore de Framingham para calcular o RCV). Tem medido a PA a cada 2 anos. Seu IMC é 25. Devido ao IMC, desde os 40 anos, rastreia diabetes com glicemia de jejum a cada 3 anos (recomendações da USPSTF 2015). Ele fez mastectomia bilateral, ooforectomia, histerectomia (sem preservar o colo de útero) e faloplastia há mais de 10 anos. Como ele retirou o útero e ovários há alguns anos, não há necessidade de rastreio de câncer de colo de útero.’

Chegando aos 50 anos a MFC Paula então faz as seguintes recomendações para Felipe:

- Iniciar o rastreamento para câncer de cólon e reto com pesquisa de sangue oculto em fezes. A MFC Paula explica o que será feito se resultado der positivo, e se der negativo. Felipe concorda em fazer o rastreio e a MFC solicita o exame e entrega um panfleto informativo.

- Orienta que não há necessidade de qualquer tipo de rastreio de câncer de mama pois ele tem mastectomia total e são raros os casos em que resta tecido mamário remanescente.

2.10 Resumo da unidade

Nesta unidade fizemos uma revisão crítica e objetiva das principais recomendações sobre rastreamentos em adultos e idosos, a fim de ajudar na tomada de decisão compartilhada com o paciente. Bom trabalho!

2.11 Recomendação de leituras complementares

- Choosing Wisely Brasil: lista da SBMFC <<http://www.sbmfc.org.br/choosingwisely/index.php/nossas-recomendacoes/>>
- Choosing Wisely EUA: lista da AAFP <<http://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-family-physicians/>>
- Choosing Wisely Canadá: lista Family Medicine <<http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/family-medicine/>>
- Choosing Wisely Austrália: lista Royal Australian College of General Practitioners <<http://www.choosingwisely.org.au/recommendations/racgp>>
- Recomendaciones «NO HACER» da Sociedade Espanhola de MFC
- Lista 1 <<https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/Doc33RecomendacionesNoHacer.pdf>>
- Lista 2 <<http://e-documentossemfyec.es/recomendaciones-no-hacer-2-a-parte/>>
- Não fazer em urgências <<https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/06/No-hacer-Urgencias.pdf>>
- USPSTF <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>>
- The Canadian Task Force on Preventive Health Care <<http://canadiantaskforce.ca/>>
- Cochrane Summaries – <<http://summaries.cochrane.org/>>
- BMJ's Digital theme issue – Overdiagnosis <<http://www.bmj.com/specialties/digital-theme-issue-overdiagnosis>>
- BMJ's Digital theme issue – Too Much Medicine <<http://www.bmj.com/specialties/too-much-medicine>>

Unidade 2

Recomendações sobre rastreamento em adultos e idosos

Sabendo-se que a infância é um momento crucial do desenvolvimento do ser humano, ao longo do aperfeiçoamento dos cuidados em saúde se tem buscado o emprego de diversos programas, técnicas e orientações com o intuito de realizar a detecção de enfermidades antes mesmo que elas suscitem sinais e sintomas. Isso se justifica por ser possível implementar, em uma gama cada vez maior de situações, medidas que minimizem o impacto destas doenças na vida das pessoas por elas afetadas, com poucos danos associados.

Assim, apesar de pesquisadores e profissionais de saúde procurarem estar atentos a riscos e benefícios inerentes a cada intervenção terapêutica, tal preocupação também deve voltar para as intervenções preventivas (GÉRVAS et al., 2007).

É sabido que a prática de avaliar rotineiramente as crianças (hoje chamada de puericultura) era inicialmente composta por

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

Figura 21 – Rastreamento na criança: minimizar o impacto de doenças com poucos danos



um grupo de noções e técnicas acerca dos cuidados de higiene, nutrição e disciplina, feito de forma intrafamiliar e ao longo das gerações. Com a evolução da atenção à saúde, os profissionais de saúde, personificados inicialmente na figura do pediatra, foram assumindo esta tarefa, transformando-a em algo mais científico (BLANK, 2003).

Com base nisso, o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é bem mais complexo que a simples análise sequencial de índices antropométricos, padrões alimentares e status vacinal.

Dessa forma, entra em cena a equipe multiprofissional, que retira do acompanhamento de rotina da criança a visão médico-centrada e que gera uma nova dinâmica no atendimento. Uma expressão clara desta divisão de tarefas entre os diferentes profissionais é a introdução do profissional de enfermagem assumindo a condução de consultas de puericultura em parceria com o médico, diferente do que é habitual na concepção de muitos pacientes e profissionais de saúde, que remetem ao pediatra a função de conduzir este acompanhamento. Tanto esta mudança é verdadeira que o pediatra hoje faz parte, no SUS, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB),

designando-o uma atuação de forma conjunta, sendo referência para os casos que fogem à rotina, para os que demandam atenção especializada e para ajudar na elaboração de planos terapêuticos singulares de casos específicos (SUCUPIRA, 2012), delegando assim o acompanhamento rotineiro aos profissionais que acompanham de forma mais contínua a criança e sua família, podendo assim adaptar melhor as condutas à realidade de cada paciente.



Apesar de consagradas na prática clínica, não há estudos bem delineados avaliando o real impacto das consultas (nem seu número ideal) na vida de crianças assintomáticas. Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, há recomendação de sete consultas no primeiro ano de vida (na 1ª semana e nos meses 1, 2, 4, 6, 9 e 12), duas no segundo ano (aos 18 e 24 meses de vida) e em seguida anualmente (BRASIL, 2012b).

Unidade 3 Recomendações sobre rastreamento na criança

A justificativa para este cronograma é de que estes momentos são oportunos para verificação de agravos neonatais (como doenças congênitas e malformações), oferta de imunizações, orientações alimentares e monitorização de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012b; SUCUPIRA, 2012).

Saiba +

Leia de forma mais aprofundada a evolução do cuidado à saúde da criança na atenção primária brasileira, além de propostas racionais aplicáveis à prática clínica, no Capítulo 74 (Saúde da Criança) do primeiro volume do seguinte livro: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Artmed Editora, 2012.

Outro ponto importante diz respeito ao compartilhamento da puericultura entre os profissionais da equipe, havendo respaldo

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

na literatura sobre o acompanhamento do médico ser preferencial nas consultas dos primeiros 2 meses e em casos de alto risco, permitindo assim que o enfermeiro conduza as demais consultas de rotina. Além disso, outro profissional que entra em coparticipação neste acompanhamento é o auxiliar/técnico de enfermagem, que pode responsabilizar-se pela verificação de peso e altura em casos de demanda familiar nos períodos entre as consultas programadas (SUCUPIRA, 2012).



Boa Prática

A seguir, será descrita experiência ocorrida no Centro de Saúde (CS) Carianos, em Florianópolis. Tendo como ponto de partida o fato de que a agenda da pediatra que atua no CS pelo NASF estava cronicamente preenchida por retornos e pela alta taxa de consultas com crianças de baixo risco acompanhadas exclusiva e rotineiramente pela especialista, foi proposta uma reorganização do calendário de puericultura das crianças atendidas pelas duas equipes que compõem este CS.



Boa Prática



Com base no estabelecido pela literatura, foi empregado um calendário contendo as consultas de rotina a serem realizadas. Inicialmente, foram designadas à pediatra as consultas apenas de 1, 6 e 12 meses, deixando aos Médicos de Família e Comunidade (MFC) as consultas de recém-nascido (preferencialmente até 7 dias de vida), e, de forma alternada com as Enfermeiras, as demais consultas (2, 4, 9, 18 e 24 meses). Após iniciativa da Pediatra em reunião geral da unidade, foi então pactuada nova reformulação deste calendário, designando todas as consultas apenas para os MFC e enfermeiras das equipes e priorizando a agenda da pediatra para discussão de casos, atendimento

Unidade 3 Recomendações sobre rastreamento na criança



Boa Prática

de pacientes com patologias ou situações que as equipes julgarem necessárias e realização de planos terapêuticos com suporte especializado nos casos complexos.

Dessa forma, o acompanhamento de rotina ficou mais dinâmico, facilitando a organização do serviço, a busca pela prevenção quaternária – na medida em que procura proteger as crianças de intervenções desnecessárias – e o estímulo à equidade, pois busca garantir o acesso à atenção especializada aos pacientes que realmente a necessitam. Isso ajudou ainda no monitoramento da situação de saúde das crianças acompanhadas, já que tem devolvido às equipes o papel central na atenção das crianças da área de abrangência.

Esta unidade tem o objetivo de mostrar a você os principais testes de rastreamento de patologias realizados atualmente na infância e ainda fazer ponderações à luz das evidências atualmente disponíveis sobre estas avaliações, para que você não apenas tenha o conhecimento do que é feito,

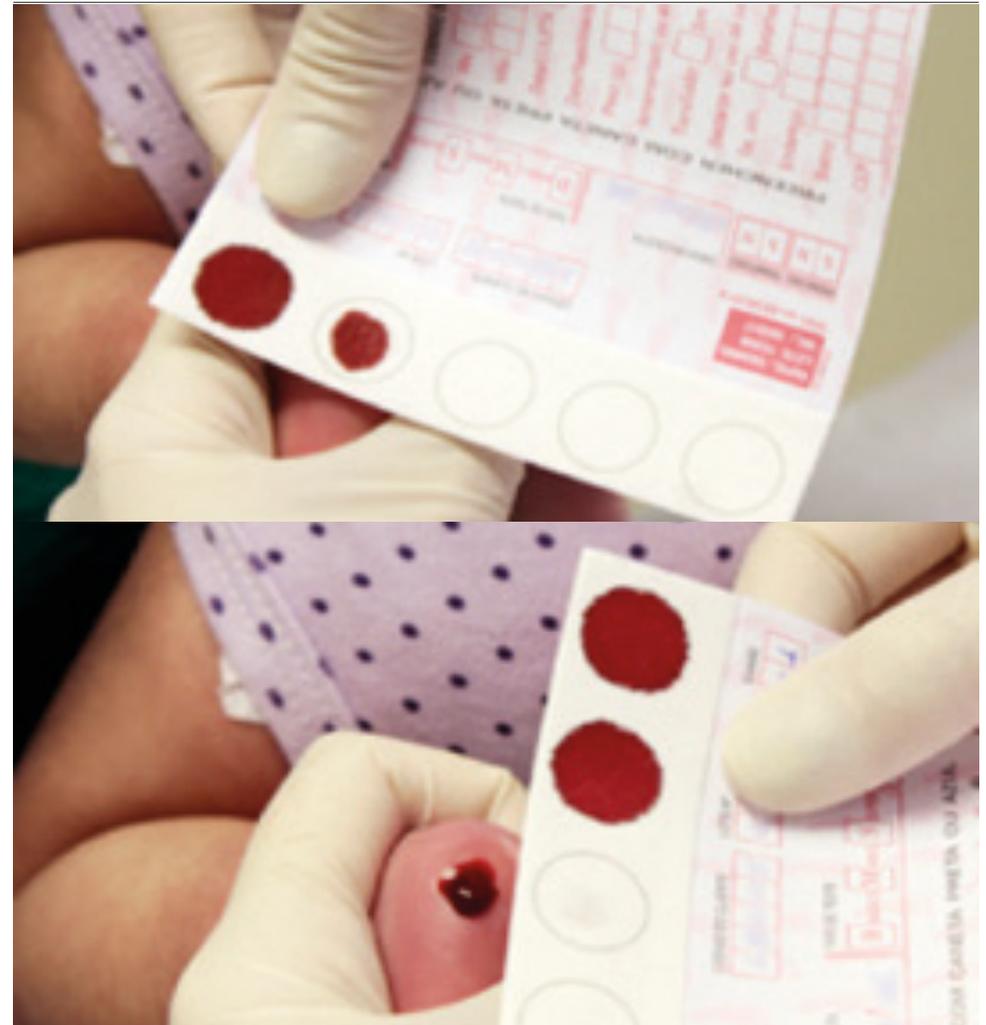
mas também para lhe ajudar a ter um olhar mais crítico sobre cada conduta preconizada pelas mais diversas organizações de saúde que se dedicam a este tema.

3.1. Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

Um item primordial que você deve verificar na primeira consulta do recém-nascido é a realização do popularmente conhecido Teste do Pezinho. No Brasil, em 2001, por meio da Portaria GM/MS nº 822, foram estabelecidas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ações para triagem de todos os nascidos vivos que compõem o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), popularmente conhecido como Teste do Pezinho. Este tem por objetivo identificar alguns distúrbios endocrinológicos e metabólicos do recém-nascido, mesmo antes do surgimento de sinais ou sintomas das doenças investigadas, em tempo hábil para a realização de acompanhamento e intervenção adequados, de maneira a contribuir com a diminuição da morbimortalidade que as doenças avaliadas podem infligir aos indivíduos afetados e, em última análise, melhorar sua qualidade de vida (BRASIL, 2016).

O exame é feito por meio da coleta de sangue por punção do calcanhar da criança, com posterior fixação do sangue obtido na área do papel filtro contida no cartão de coleta.

Figura 22 – Forma correta de coleta do Teste do Pezinho e sua impressão no cartão de coleta



Fonte: BRASIL (2016).



O período indicado para realização do Teste do Pezinho é idealmente a partir do 3º dia de vida da criança, estendendo-se até o 5º ou 7º dia, a depender da fonte consultada (BRASIL, 2012b, 2016).

Esta restrição do período de coleta serve para dirimir possíveis resultados falsamente positivos ou negativos. No entanto, em casos que a coleta não tenha sido feita no período ideal, esta pode ser feita até o 30º dia de vida da criança. (BRASIL, 2012b).

Agora, vamos comentar mais detalhadamente cada uma das patologias que compõem o PNTN, para que você conheça melhor este tão importante programa.

3.1.1. Fenilcetonúria

- **O que é?**

Este é um erro inato do metabolismo de

padrão autossômico recessivo ocasionado pela deficiência da fenilalanina hidroxilase, enzima hepática que converte em tirosina o aminoácido fenilalanina, presente nas proteínas provenientes da alimentação (BRASIL, 2016).

- **Por que rastrear?**

Trata-se de uma doença que pode levar à deficiência intelectual, distúrbios comportamentais, convulsões e odor característico em urina e suor. A prevalência no Brasil não difere muito da encontrada mundialmente, sendo de um diagnóstico para cada 12 a 15 mil nascimentos (BRASIL, 2010).

É essencial a instituição da restrição de fenilalanina na dieta, de forma a minimizar os efeitos da doença no neurodesenvolvimento da criança afetada. Logo, lembre-se de orientar os familiares a ficarem atentos sobre a presença da fenilalanina no rótulo dos alimentos. Existe ainda uma

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

fórmula alimentar de aminoácidos isenta deste aminoácido, que já foi inserida no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), estando disponível aos indivíduos diagnosticados (BRASIL, 2016).

- **Como rastrear?**

O diagnóstico é feito pela quantidade aumentada de fenilalanina presente no sangue coletado.

Assim, vale ressaltar que é fundamental que o recém-nascido já tenha ingerido proteína na dieta quando do momento da coleta de sangue, motivo pelo qual é recomendado que esta não seja feita antes de 48h do nascimento, evitando-se assim resultados falso-negativos (BRASIL, 2010).

3.1.2. Hipotireoidismo Congênito

- **O que é?**

A tireoide é uma glândula de extrema importância para o desenvolvimento e

crescimento dos mais variados órgãos e sistemas nos seres humanos. O T4 (tiroxina ou tetraiodotironina) é o principal hormônio por ela produzido. A doença se caracteriza pela diminuição na produção hormonal que, na infância, leva a comprometimento irreversível da capacidade intelectual.

- **Por que rastrear?**

A importância do rastreamento se dá pela disponibilidade de tratamento precoce por meio da administração hormonal por via oral, podendo-se evitar o impacto da doença sobre o desenvolvimento mental e o crescimento da criança, especialmente se o início da reposição se der dentro das primeiras duas semanas de vida (BRASIL, 2016). A incidência da doença no Brasil está na taxa de uma criança a cada 2.500 nascimentos (BRASIL, 2010).

- **Como rastrear?**

O diagnóstico é feito pela detecção dos níveis de T4 e TSH (este último, o hormônio

Figura 23 – Problemas congênitos



estimulante da tireoide produzido pela hipófise). Valores diminuídos de ambos os hormônios indicam uma causa central (há deficiência hormonal tireoidiana por falta de estímulo à sua produção). Já valores diminuídos apenas do T4 indicam um defeito próprio da tireoide em metabolizar

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

os hormônios (hipotireoidismo primário). Recorde-se que será necessário um segundo teste (confirmatório) antes de se indicar tratamento e que se estima que de cada 25 resultados positivos no primeiro teste, apenas um é confirmado posteriormente como Hipotireoidismo Congênito (BRASIL, 2010).

3.1.3. Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias

- **O que é?**

Trata-se de uma doença hereditária do tipo autossômica recessiva, caracterizada por um defeito estrutural da hemoglobina, o que gera alteração na forma das hemácias.

- **Por que rastrear?**

A importância do rastreamento reside no fato de o conhecimento da existência desta patologia ser fundamental para orientar a pessoa afetada e seus familiares quanto à importância de hidratação e reconhecimento

de sinais de alerta, além da educação sobre sua vulnerabilidade a infecções, anemia, crises álgicas e sobre o risco de recorrência da doença em futuras gerações. Estima-se que 700 a 1.000 crianças nasçam por ano com Doença Falciforme no Brasil (BRASIL, 2010) e que 7% da população mundial seja portadora do gene alterado (BRASIL, 2001).

- **Como rastrear?**

O exame é feito pela técnica de eletroforese isoelétrica (FIE) ou cromatografia líquida de alta resolução (HPLC). O diagnóstico se dá pela identificação das formas variantes de hemoglobina no sangue da criança. Detalhes importantes são que transfusões sanguíneas realizadas antes da coleta do exame podem gerar resultados falso-negativos e que a análise do sangue de recém-nascidos prematuros extremos pode incrementar o número de falso-positivos, já que não haverá detecção de hemoglobina adulta (BRASIL, 2010).

3.1.4. Fibrose Cística

- **O que é?**

Também chamada de Mucoviscidose, a Fibrose Cística é mais uma doença hereditária de padrão autossômico recessivo, a qual leva ao aumento da viscosidade do muco pela disfunção do transporte de cloro e sódio nas membranas das células. Isso afeta principalmente pulmões e pâncreas. No primeiro, propicia proliferação bacteriana, que resulta em infecção crônica, lesão pulmonar e disfunção respiratória; já no pâncreas, pode obstruir os dutos levando à má nutrição por deficiência na secreção de enzimas digestivas (BRASIL, 2016).

- **Por que rastrear?**

Tem um índice de mortalidade elevado quando não diagnosticado, além de surgimento de complicações como diabetes, insuficiência hepática e osteoporose. Tais complicações podem ser diminuídas

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

por meio da instituição de tratamento com suporte dietético, suplementação de enzimas pancreáticas e de vitaminas, além de fisioterapia respiratória (BRASIL, 2016). Em estudo feito no sul do Brasil, a prevalência da doença obtida foi de um caso para cada 10.264 nascidos vivos (LUZ et al., 2016).

- **Como rastrear?**

É feito pela análise dos níveis de tripsina imunorreativa. Os resultados positivos são

Figura 24 – Teste do suor



confirmados pela dosagem de cloretos (Teste do Suor), uma vez que a patologia implica em uma quantidade anormal de sal nas secreções corporais.

3.1.5. Hiperplasia Adrenal Congênita

- **O que é?**

É uma síndrome hereditária do tipo autossômica recessiva caracterizada por problemas na síntese dos hormônios esteróides pelas glândulas adrenais (BRASIL, 2015b) em virtude de deficiências enzimáticas, mais comumente da 21-hidroxilase. Isso leva a manifestações clínicas variadas, já que diferentes tipos de esteróides podem ser afetados (insuficiência glicocorticóide e/ou mineralocorticóide, excesso ou diminuição na produção de androgênicos e até acúmulo de pregnenolona e progesterona). Assim, costuma ser dividida em três formas: clássica perdedora de sal, clássica não perdedora de sal e não clássica.

- **Por que rastrear?**

A incidência no Brasil para a forma perdedora de sal é de um caso para cada 7.500-10.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015b) e o diagnóstico precoce, com consequente tratamento adequado pela reposição de corticóides, objetivam minimizar os efeitos androgênicos e levar à melhora no padrão de crescimento dos indivíduos afetados (BRASIL, 2016). Porém, é importante ressaltar que, apesar de oficialmente instituído no Brasil, este rastreamento de forma universal parece ser um tanto controverso, tanto que há organismos internacionais que não indicam sua realização, baseados em argumentos como alta taxa de falso-positivos do teste e de uma relatada baixa acurácia deste em bebês nascidos pré-termo ou com baixo peso (UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE, 2016).

- **Como rastrear?**

No teste é feita a quantificação da

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

17-hidroxi-progesterona (17-OHP), pois este é um dos principais metabólitos acumulados.

Um detalhe importante a se ter em mente é que a utilização de glicocorticóide pela mãe antes do parto pode gerar resultado falso-negativo por suprimir a produção de 17-OHP pelo neonato. Além disso, algumas vezes, pode não haver diagnóstico da forma virilizante simples e não clássica, por não haver aumento expressivo deste metabólito (BRASIL, 2015b).

3.1.6. Deficiência de Biotinidase

- **O que é?**

Doença metabólica hereditária caracterizada por defeito no metabolismo da biotina, uma vitamina que existe em numerosos alimentos de origem animal. Apesar de os neonatos apresentarem-se assintomáticos, com o passar dos meses, a doença se caracteriza pelo surgimento de vários distúrbios, tanto

neurológicos (convulsões, hipotonia, perda auditiva e atraso de desenvolvimento neuropsicomotor) quanto cutâneos (alopecia e dermatite eczematoide) (BRASIL, 2016).

- **Por que rastrear?**

Trata-se de uma moléstia com diversas sequelas importantes que surgem após o nascimento, podendo ser tratada por meio da reposição diária de biotina. A estimativa da incidência da doença no Brasil é bastante variável, dados os escassos estudos sobre o tema. Levando-se em consideração duas pesquisas, as cifras variam de 1:9.000 até 1: 41.000 nascimentos (BRASIL, 2015). Por outro lado, mesmo sendo uma doença já incluída no PNTN brasileiro, há divergências na literatura sobre sua aplicação de forma universal. Um exemplo é o Reino Unido, que realiza o rastreamento em virtude, entre outros motivos, pelo desconhecimento da sua real prevalência e pela falta de

conhecimento sobre por que a doença afeta as crianças de forma diferente, uma vez que apesar de algumas serem severamente afetadas, outras nunca mostrarão qualquer sinal da doença (UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE, 2013).

- **Como rastrear?**

A alteração da enzima biotinidase se dá com diversas intensidades, a depender da quantificação da atividade enzimática. Os resultados triados como positivos serão submetidos à confirmação por meio da dosagem quantitativa da atividade da biotinidase.

3.2. Triagem Auditiva

Conhecida popularmente como Teste da Orelhinha, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é o rastreamento universal da perda de audição de forma congênita ou adquirida. Geralmente se dá pelo protocolo de dois passos, que inclui o

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

Figura 25 – Triagem auditiva



teste de emissões otoacústicas (EOA) seguido do teste de resposta auditiva de tronco cerebral (Peate ou BERA). Este procedimento costuma ter altas sensibilidade (92%) e especificidade (98%), dando grande poder diagnóstico para o rastreamento (WILKINSON, 2012), além de serem considerados de aplicação prática, na medida em que não dependem da participação ativa do neonato.

No Brasil, há orientação de se realizar o EOA nos neonatos e lactentes de baixo risco, fazendo-se o Peate nos casos alterados no primeiro teste ou como primeiro passo nos recém-nascidos de alto risco (em virtude da maior prevalência de perdas auditivas retrococleares) (BRASIL, 2012).



Link

Para obter mais detalhes sobre os testes realizados para a triagem auditiva e ver como se dá a cadeia de investigação dos exames alterados, consulte o artigo:

OGANDO, P. B.; NETO, José F. L. Entendendo a triagem auditiva neonatal e as causas de perda auditiva na infância. Boletim Científico de Pediatria, v. 1, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210145741bcped_12_02_04.pdf>.

É de extrema importância a detecção precoce de distúrbios auditivos, de forma a se instituir tratamento e acompanhamento especializados a fim de minimizar os efeitos da falta de audição às crianças afetadas, como problemas de comunicação, cognição, aprendizagem e de bem-estar psicossocial (BRASIL, 2010; BMJ, 2014).

Sabe-se que em torno de 5.000 bebês nascem anualmente com perda auditiva bilateral de intensidade moderada a profunda nos EUA (BMJ, 2014), sendo a incidência estimada de um neonato afetado para cada 3.000 nascimentos.

É recomendado que a triagem seja feita antes da criança completar o primeiro mês de vida, idealmente antes da alta da maternidade (BRASIL, 2010), tanto que no

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

Brasil uma lei de 2010 tornou obrigatória sua realização de forma gratuita a todos os recém-nascidos (BLANK, 2014).



Nas primeiras consultas do recém-nascido confirme se a triagem auditiva foi realizada. Se não foi encaminhe para realização de preferência antes dos 3 meses de idade.

Os casos avaliados inicialmente como alterados devem ser submetidos a uma avaliação confirmatória até os 3 meses de idade, sendo esperado que até os 6 meses já haja definição diagnóstica e indicação de tratamento, que costuma se constituir no encaminhamento para uso

de prótese auditiva e realização de terapia fonoaudiológica (BRASIL, 2012b).

3.3. Triagem Visual

O rastreamento de alterações na acuidade visual e suas etiologias costuma ser indicado por consensos de especialistas para crianças menores de 5 anos de idade (BLANK, 2014). Estima-se que o comprometimento da acuidade visual afete 5-10% das crianças em idade pré-escolar (BMJ, 2014). Porém, há grande discussão na literatura sobre quando se devem iniciar os mais variados testes: segundo a American Academy of Pediatrics (AAP), estaria indicada a pesquisa do reflexo vermelho ao nascimento e nas consultas de puericultura subsequentes, do teste de Hirschberg em qualquer idade e do teste de cobertura alternada a partir dos 4 ou 6 meses de idade, mas sem haver um consenso de sua periodicidade (BRASIL, 2012b; BLANK, 2014).

Figura 26 – Triagem visual



Por outro lado, uma alternativa mais racional parece ser a orientada pelo US Preventive Services Task Force (USPSTF), que indica que a triagem de acuidade visual e estrabismo deve se dar a partir dos 3 anos, no entanto sem evidências

consistentes da frequência ideal. Esta entidade julgou ainda insuficientes as evidências de custo-efetividade para testes e tratamentos realizados em idade mais precoce (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2011).

Apesar de haver poucas evidências sobre a triagem universal feita em consultório, há relatos de rastreamento por optometristas, desenvolvido na Inglaterra, que mostrou menor incidência de ambliopia e melhora na acuidade visual.

*** Nota**

Ambliopia é a redução da função visual de um olho por processamento anormal da imagem estabelecida pelo cérebro durante o período de desenvolvimento da visão. Suas causas incluem estrabismo, catarata, doenças neurológicas, lesões retinianas, erros de refração e astigmatismo (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2011; BELL, 2013.)

A seguir, para que você conheça, serão descritos com maiores detalhes os testes mais citados na literatura como possíveis medidas de rastreamento.

3.3.1. Pesquisa de reflexo vermelho (Teste do Olhinho)

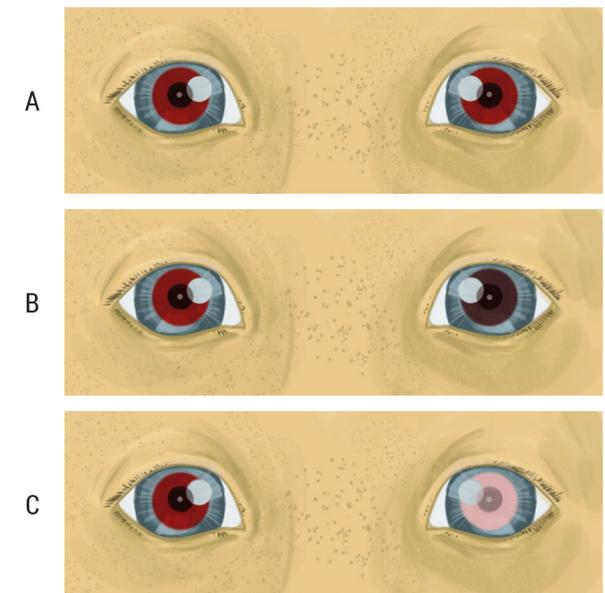
Serve para avaliar a possibilidade de catarata congênita, retinoblastoma (neoplasia intraocular) e outras opacidades. Você deve realizá-lo idealmente com um oftalmoscópio e em ambiente escuro, já que isso precipitará uma maior dilatação pupilar, facilitando a visualização durante o exame. Orienta-se examinar cada olho individualmente, com o oftalmoscópio a uma distância de 30-45cm da criança e depois ambos os olhos simultaneamente, desta vez a 60-90cm de distância. Ele será considerado normal quando o reflexo for visualizado facilmente e de forma homogênea e simétrica bilateralmente, havendo indicação de encaminhamento para o especialista em caso de anormalidade (Figura 3) (BELL, 2013; BLANK, 2014). A Sociedade Brasileira de Pediatria indica este teste antes mesmo

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

da alta da maternidade, com repetição na primeira consulta de puericultura e aos 2, 5, 9 e 12 meses de vida (BLANK, 2014).

Figura 27 – Exame do Reflexo Vermelho



Fonte: Bell (2013).

Atente-se que o desenho representa a face de uma criança, logo, o olho que está à sua esquerda é o olho direito da criança,

e vice-versa. Em (A): exame normal, com reflexo bilateral e simétrico. Em (B): Reflexo vermelho normal no olho direito e anormal, diminuído, no olho esquerdo. Em (C): reflexo normal no olho direito, mas ausente no olho esquerdo.

3.3.2. Avaliação de estrabismo

Orienta-se que você a realize de duas formas. Acompanhe a seguir.

- **Teste de Hirschberg**

Para realizar este teste, você deve dispor de uma fonte de luz e colocá-la a uma distância de 30cm da raiz nasal da criança, de forma que consiga iluminar ambos os olhos. Você deverá estar atento ao ponto luminoso que se forma quando a luz incide sobre a córnea, o que se dará, em crianças sem desvio ocular, no centro de ambas as pupilas. Caso o ponto de reflexo luminoso estiver em outro local, indicará desvio ocular (BLANK, 2014).

- **Teste de cobertura alternada**

Coloca-se um objeto para ocluir a visão de um dos olhos a cerca de 10-15cm e atrai-se a atenção do olho descoberto para um objeto ou fonte luminosa. Ele se revelará positivo para estrabismo quando o olho previamente coberto, ao ser revelado, fizer movimentação em busca da fixação do olhar no objeto (BLANK, 2014). O procedimento deve ser feito no outro olho e repetido três vezes para avaliar sua reprodutibilidade (BELL, 2013).

3.3.3. Verificação da acuidade visual

Orienta-se a realização a partir dos 3 anos, com tabelas adaptadas para pessoas ainda não alfabetizadas (no lugar das letras presentes na conhecida tabela de Snellen, podem haver figuras ou a letra "E" em diversas posições). Critérios de encaminhamento para avaliação adicional com oftalmologista (alteração no exame) são resultados

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

inferiores a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos (BLANK, 2014).



Para maiores detalhes sobre o exame físico visual, com ilustrações e vídeos que facilitam o entendimento, consulte o artigo (em inglês) disponível no link a seguir: <<http://www.aafp.org/aafp/2013/0815/p241.html>>.

3.4. Outras avaliações por exames complementares

Até hoje não há documentação científica que corrobore com a realização sistemática e rotineira de exames como coleta de urina e fezes bem como de sangue, afora os discutidos anteriormente, em crianças assintomáticas. Isso se dá pela ausência de comprovação do impacto destas medidas na morbimortalidade desta população em especial (BLANK, 2014).

De qualquer forma, dado a recorrência do tema na prática diária dos profissionais de saúde e a polêmica historicamente envolvida nas recomendações feitas por diferentes instituições dedicadas ao estudo dos rastreamentos, é interessante abordar o assunto de forma mais pormenorizada.

3.4.1. Coleta de exames de urina e fezes

O exame parasitológico de fezes é um dos exemplos onde não há evidências que comprovem sua importância na avaliação rotineira de crianças. Trata-se de um exame de pouca praticidade de realização, já que possui baixa acurácia em coleta única e há necessidade da realização de mais amostras em dias diferentes para tentar aumentar a taxa de detecção dos parasitas (BLANK, 2014). Outra questão a ser considerada é a maior efetividade e relevância na concentração de

esforços em medidas ambientais e pessoais de caráter preventivo contra verminoses, como o uso de calçados, lavagem de mãos e alimentos, além de melhorias na infraestrutura de esgoto e coleta de lixo das comunidades.

Já o exame de urina (conhecido por diversos nomes, como Parcial de Urina, Urina 1, EQU ou EAS) também teve sua relevância questionada quando aplicado de forma rotineira para o rastreamento de crianças assintomáticas. Segundo estabelecido na literatura recente (WILKINSON, 2012), exames urinários que já foram previamente indicados como rotina para crianças por algumas instituições da área da saúde, como a pesquisa de bacteriúria assintomática para prevenção de pielonefrite ou de achados como proteinúria e hematúria, são raramente significativos pois falham em prevenir complicações subsequentes e muitas vezes levam à ansiedade desnecessária dos cuidadores.

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança



Em virtude da utilidade questionável, não proponha realização rotineira destes exames. Se você se deparar com a solicitação por parte dos usuários que você atende, discuta riscos e benefícios, explore expectativas e entendimentos sobre estes exames e busque uma decisão compartilhada.

3.4.2. Coleta de exames de sangue

• Anemia

Um dos grandes motivos da solicitação de exames de rotina em qualquer idade, em especial para as crianças, é a verificação de anemia, geralmente por meio da análise do hemograma completo. Há, muitas vezes, a crença de que a anemia pode virar doenças mais sérias, como a leucemia, e a rotulação de pacientes que apresentaram níveis baixos de hemoglobina como “anêmicos”, estigmas que muitas vezes perduram até a idade adulta (BRASIL, 2010).

de suplementação de ferro em crianças assintomáticas de 6 a 12 meses consideradas de alto risco (prematuras, baixo peso ao nascer e/ou obesas) (WILKINSON, 2012). Já o USPSTF (US Preventive Services Task Force), em uma revisão de 2015, ratifica a incerteza existente no tema ao concluir que não há evidências suficientes para avaliar o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento para anemia de crianças de 6 a 24 meses de idade (SIU, 2015). Um dos motivos foi a ausência de estudos que avaliassem o efeito direto dos programas de rastreamento nos desfechos de saúde das crianças.



Link

Uma dica interessante é a leitura de revisão recente da Cochrane (em inglês), que questiona os efeitos da anemia ferropênica no desenvolvimento psicomotor ou cognitivo das crianças afetadas. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001444.pub2/full>>.



Importante

Não indique rotineiramente o rastreamento de anemia de forma universal. Procure partilhar com os pais e cuidadores da criança os riscos e benefícios apontados anteriormente em busca da tomada de uma decisão de forma compartilhada. Dessa forma, poderemos personalizar a conduta levando em conta conhecimentos e expectativas dos familiares e ponderal de forma conjunta as crianças que mais se beneficiariam desta intervenção.

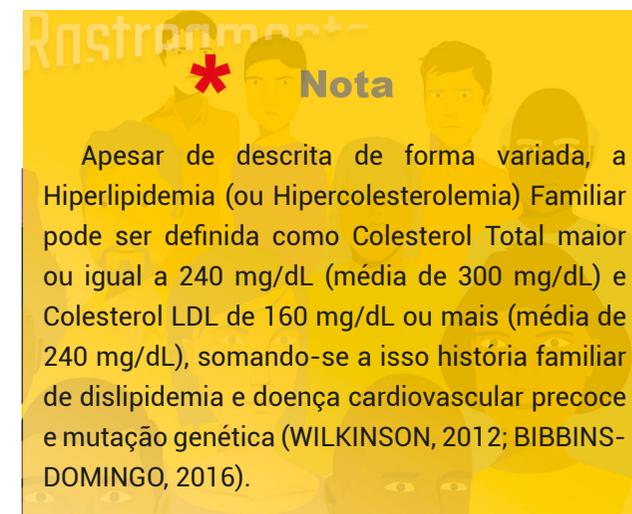
- **Dislipidemia**

Sobre a busca de dislipidemia em crianças há também grande controvérsia, com opiniões divergentes vindas das diferentes instituições dedicadas ao estudo das intervenções preventivas. O USPSTF refere não haver evidências suficientes para apoiar ou desaconselhar o rastreamento rotineiro dos níveis lipídicos em crianças e adolescentes (BLANK, 2014; BIBBINS-

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

DOMINGO, 2016). Já o ICSI, em concordância com a AAP (American Academy of Pediatrics) e a AHA (American Heart Association), postula o rastreamento em crianças acima dos 2 anos de idade com alto risco para formas genéticas de hipercolesterolemia (hiperlipidemia familiar) e/ou com sobrepeso ou obesidade (WILKINSON, 2012).



Nota

Apesar de descrita de forma variada, a Hiperlipidemia (ou Hipercolesterolemia) Familiar pode ser definida como Colesterol Total maior ou igual a 240 mg/dL (média de 300 mg/dL) e Colesterol LDL de 160 mg/dL ou mais (média de 240 mg/dL), somando-se a isso história familiar de dislipidemia e doença cardiovascular precoce e mutação genética (WILKINSON, 2012; BIBBINS-DOMINGO, 2016).

Se por um lado, o argumento para o rastreamento se baseia na possibilidade

de identificação e tratamento precoce com vistas à diminuição do processo aterosclerótico e que comprovadamente reduz os níveis dos lipídios no sangue (um desfecho intermediário), segundo o USPSTF não haveria evidências de influência destas intervenções (mudança de estilo de vida, reeducação alimentar e farmacoterapia) na redução dos desfechos finais (diminuição na ocorrência de doença cardiovascular precoce) (BRASIL, 2012b; BIBBINS-DOMINGO, 2016). Por fim, outro complicador da indicação de tratamento é a incerteza sobre os efeitos de longo prazo do uso de estatinas, principais opções preconizadas para o tratamento medicamentoso das dislipidemias. Devido a esse conjunto de fatores, não recomendamos esse rastreamento de forma universal.

- **Intoxicação por chumbo**

Há discussão sobre dosagem rotineira

dos níveis séricos de chumbo em crianças. Atualmente, o USPSTF está em revisão do tema, com previsão de nova recomendação para 2019, mas sua última recomendação (2006) postula a contraindicação do rastreamento de crianças de 1 a 5 anos de idade sem risco aumentado para intoxicação por chumbo. Além disso, as últimas evidências disponíveis são consideradas insuficientes para recomendar contra ou a favor de tal rastreamento mesmo para crianças de alto risco (WILKINSON, 2012). Assim, até o momento, não há justificativas suficientes para a realização deste rastreamento como rotina.

3.5. Outras avaliações por exame físico

Apesar de ser mais arraigada na prática diária a associação do rastreamento com a solicitação de exames complementares,

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

diversas avaliações feitas durante a consulta também podem ser consideradas como tal. Tanto que a seguir discutiremos um pouco sobre algumas avaliações que, muitas vezes consagradas pela prática médica, estão sendo estudadas por diversas entidades, na busca por evidências dos benefícios de sua aplicação que muitas vezes lhes são atribuídos com base apenas no empirismo e no consenso de especialistas.

3.5.1. Sistema cardiovascular

Em virtude da simplicidade de sua realização, mas sem base em estudos científicos, há recomendação da realização de ausculta cardíaca e palpação de pulsos.

Uma frequência proposta é a de três vezes no primeiro semestre de vida, outra ao completar-se um ano, repetindo a avaliação na idade pré-escolar, ao se entrar para a escola e no início da adolescência.

Figura 29 – Ausculta cardíaca



A justificativa seria que estes componentes do exame físico seriam uma triagem útil para cardiopatias congênitas (BRASIL, 2012b; BLANK, 2014).

Por outro lado, as recomendações relacionadas à aferição da

pressão arterial rotineira nos jovens tem sido foco de maior pesquisa, uma vez que a hipertensão é o fator de risco mais importante para a doença isquêmica cardíaca e cerebral, além de progressão da doença renal (BRASIL, 2012b). Estima-se em 1-5% a prevalência de hipertensão em crianças e adolescentes nos Estados Unidos, aumentando para 11% quando há obesidade concomitante, sendo esta o fator de risco mais forte para hipertensão primária nesta faixa etária (MOYER, 2013). As evidências mais consensuais determinam a triagem regular da hipertensão arterial a partir dos 18 anos, sendo menos robustas quando referentes às orientações de aferição a partir dos 3 anos, tanto que muitas vezes é indicado que ela se dê com tal precocidade apenas em circunstâncias especiais, como cardiopatias, nefropatias ou uso de medicamentos que potencialmente elevem a pressão arterial (BLANK, 2014).

A controvérsia neste caso reside na falta de evidências diretas quanto à acurácia da aferição da pressão arterial de rotina em identificar indivíduos com risco aumentado para o desenvolvimento de doença cardiovascular na fase adulta (MOYER, 2013). Adicionalmente, também não se tem clara a melhora na saúde cardiovascular gerada pelo tratamento de crianças e adolescentes identificados como hipertensos.



Assim, é bom senso pensar que o investimento em medidas de reeducação alimentar e estímulo à prática de atividade física regular, com vistas a diminuir a incidência de obesidade, pode ser benéfico e não necessitar da avaliação rotineira da pressão arterial para ser realizado.

3.5.2. Displasia do Desenvolvimento do Quadril

Antigamente designada como Luxação Congênita do Quadril, a displasia compreende um espectro de anormalidades anatômicas onde a cabeça do fêmur e o acetábulo apresentam ou se desenvolvem com alinhamento incorreto (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2006).

A forma mais consagrada para triagem da displasia do quadril é por meio da realização das manobras de Barlow e

Ortolani, normalmente recomendadas para todas as consultas de rotina (puericultura) até o final do primeiro ano de vida ou até o momento em que a criança se tornar capaz de caminhar (BLANK, 2014; RIVERIN, 2014).

No entanto, ainda não há consenso na literatura em relação à real influência desta triagem na diminuição da necessidade de intervenção cirúrgica ou melhora funcional da articulação afetada (BRASIL, 2012b; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2006). Além disso, 60-80% dos neonatos identificados como alterados pelo rastreamento por meio do exame físico apresentam resolução espontânea do problema em 2 a 8 semanas, não demandando qualquer intervenção (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2006).

A forma de realização das manobras deve ser em cada um dos membros inferiores de forma separada, e são assim descritas:

Unidade 3 Recomendações sobre rastreamento na criança

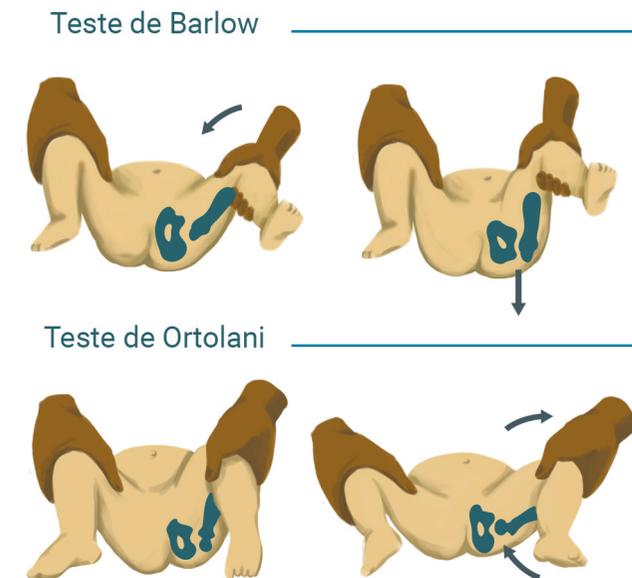


Diante disso, poder-se-ia considerar a avaliação da displasia do desenvolvimento do quadril com 2 meses de vida para diminuir a ocorrência de falso-positivos e identificar aqueles que possivelmente iriam se beneficiar do tratamento com o suspensório de Pavlik e evitar tratamentos mais agressivos. Há que se considerar que para esta prática deve se ter a garantia de acesso a consulta com ortopedista pediátrico antes dos 3 meses, idade limite para indicação do suspensório (GUARNIERO, 2010).

- **Teste de Barlow:** tenta levar à luxação da cabeça do fêmur por meio da adução da coxa flexionada sobre o tronco e aplicando-se gentilmente uma força sobre o joelho, empurrando-o.

- **Teste de Ortolani:** é realizada pela abdução da coxa em flexão, junto com a aplicação de força no sentido pósterio-anterior, de modo a reduzir a luxação da articulação coxofemoral, quando presente

Figura 30 - Testes de Barlow e Ortolani



Fonte: Brasil (2012b).

Cabe ressaltar ainda que a prática da realização como rotina de ultrassonografia de quadril para triagem da displasia não encontra base científica atualmente (BLANK, 2014), fato corroborado pelo conhecimento de que 90% dos recém-nascidos identificados com displasia leve

ao exame de imagem tiveram sua doença resolvida espontaneamente em um período que varia entre 6 semanas e 6 meses (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2006).

3.5.3. Avaliação testicular

O exame do saco escrotal com a intenção de detecção precoce de tumores não encontra evidências científicas consistentes na literatura. Por outro lado, dada a simplicidade do exame físico, a avaliação de criptorquidia tem sido recomendada (BLANK, 2014). Esta última corresponde à alteração congênita mais comum ao nascimento (BRASIL, 2012b), ocorrendo em 3,4 a 5,8% dos recém-nascidos a termo e em 9,2 a 30% dos prematuros (BLANK, 2014).

O exame físico requer o uso das duas mãos, onde uma é colocada próxima à espinha íliaca anterior e a outra no escroto. Os dedos da primeira mão deslizam ao

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

longo do canal inguinal a fim de detectar qualquer tecido testicular retido neste trajeto, identificando assim um testículo verdadeiramente distópico. Já um testículo retrátil ou próximo ao escroto pode ser sentido pela segunda mão na medida em que a primeira faz um movimento de ordenha do testículo à bolsa escrotal (DOCIMO, 2000).

Como na maioria dos casos (70-77%) costuma ocorrer migração espontânea dos testículos para a bolsa escrotal até 3 meses de vida – e raramente após os 6 a 9 meses – o tratamento da criptorquidia, que é cirúrgico, está indicado a partir deste último período, com a intenção de diminuir a possibilidade de desenvolvimento de infertilidade e transformação maligna, sendo esta 5-10 vezes mais comum nos testículos criptorquídicos do que nos eutópicos (BLANK, 2014; BRASIL, 2012b). As evidências para estes benefícios variam de baixa qualidade

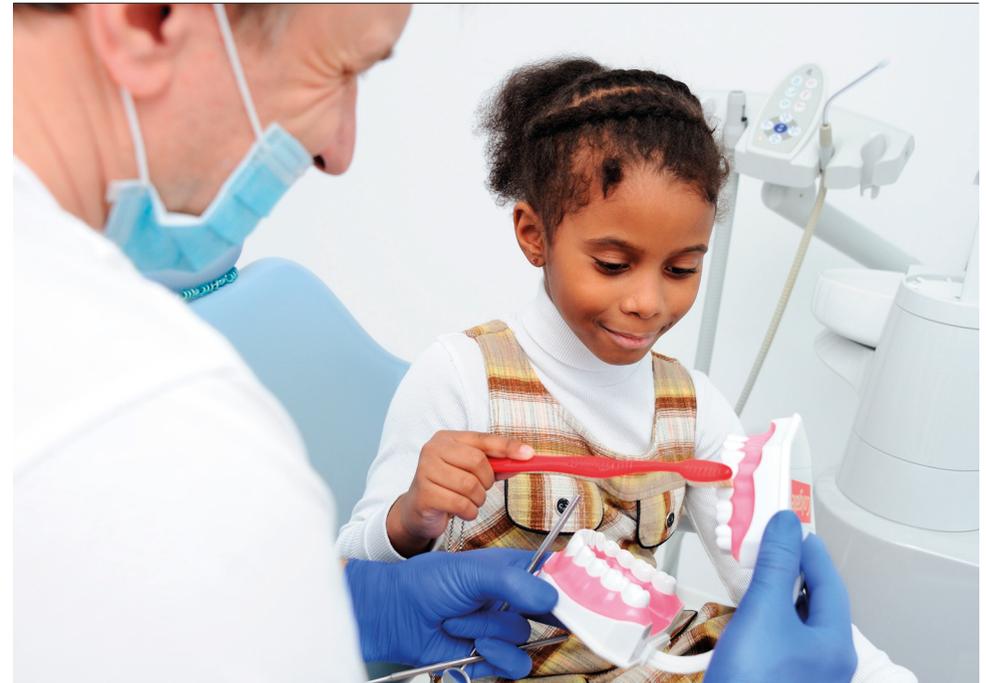
(para influência na fertilidade) até uma qualidade boa (quando visto o declínio do risco de câncer testicular) (WILKINSON, 2012).

3.5.4. Saúde bucal

Cáries e problemas ortodônticos muitas vezes podem ser prevenidos, mas para isso é importante que os profissionais de saúde que fazem as consultas de rotina das crianças dediquem parte deste contato à avaliação e orientação sobre saúde bucal. Isto se dá em virtude do número de encontros para puericultura com médicos e enfermeiros ser geralmente muito superior se comparado com dentistas (BLANK, 2014).

Dentre as recomendações a serem feitas estão o estímulo ao aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre, dieta livre de açúcares, desestímulo ao uso de mamadeiras, chupetas e escovação a partir da erupção dos primeiros dentes. Também há recomendação de que a escovação seja feita com creme dental fluorado, porém isto está cercado de algumas controvérsias envolvendo a segurança da presença deste elemento na saúde das crianças menores de 2 anos. Em revisões recentes, foi avaliado que o uso de dentifrícios com concentração de flúor de até 1.000-1.500ppm (partes por milhão) é seguro, mas que doses maiores podem resultar em fluorose. Em crianças de menor

Figura 31 – Saúde bucal



idade, ainda há maior reserva nas recomendações, com algumas fontes desencorajando o uso antes de se completar um ano de vida. Porém, outras referências tendem a orientar o uso em uma quantidade mínima (esfregaço) de creme dental fluorado, aumentando para o tamanho de uma ervilha dos 2 aos 6 anos (BLANK, 2014; WILKINSON, 2012), tendo em vista a baixa comprovação da ocorrência de efeitos deletérios

em comparação com claro benefício na prevenção de cáries (CURY, 2014). Outro ponto a ser enfatizado é a supervisão da escovação, importante de ser realizada até o fim da idade escolar (BLANK, 2003).

3.6. Importância do olhar integral

Ainda hoje muitas das rotinas realizadas carecem de evidências robustas, o que leva à necessidade de constante atualização e análise crítica tanto de recomendações até então consagradas na prática clínica quanto as novas que surgem. Enquanto no passado próximo, doenças infecto-parasitárias, pouco acesso a comida rica em nutrientes básicos e condições precárias de saneamento eram a regra, com as formações dos grandes centros urbanos e avanços em saúde atualmente impõem-se outras condições socioambientais tão ou mais impactantes na vida destes indivíduos em formação, indo desde o excesso

no consumo de alimentos industrializados de pouco valor nutricional até a violência e os transtornos de comportamento.



Reflexão

Outro ponto a ser levado em consideração é o tempo dedicado à clínica. Afinal, com a evolução da cobertura à saúde observa-se, cada vez mais, a necessidade de haver otimização do tempo despendido pelo profissional de saúde no cuidado de cada paciente, o que aumenta sobremaneira com qualquer atividade feita de forma rotineira e sistemática. Dessa forma, é sempre saudável questionarmos se estamos fazendo bom uso deste escasso recurso, de forma a avaliarmos nossa rotina e torná-la mais crítica e dinâmica. Em vista disso, algumas perguntas podem ser úteis: vale a pena priorizar avaliações e condutas que carecem de evidência mais clara de benefício? Não seria interessante avaliarmos cada caso em particular e fazer um julgamento crítico de cada evidência disponível? E, talvez o mais importante: como achar um meio termo, como adaptar o que se produz de ciência às nossas condutas para com as crianças que atendemos?

Unidade 3

Recomendações sobre rastreamento na criança

3.7. Resumo da unidade

Este capítulo trata das intervenções realizadas de rotina nas consultas programáticas da infância. Estas abordagens vão desde procedimentos mais consagrados, como o Programa de Triagem Neonatal, conhecido popularmente no Brasil como Teste do Pezinho, até avaliações por meio do exame físico das crianças.

Outra questão importante abordada é a discussão sobre a demanda por exames laboratoriais, com indicações muitas vezes controversas, a exemplo do que ocorre em diversos momentos na prática diária, por meio da demanda por coleta de exames de sangue, urina e fezes.

Por fim, discorre sobre a importância do papel educador de cada profissional de saúde ao se explicitar a necessidade de não apenas aplicar as evidências atuais disponíveis em cada caso atendido, mas também fortalecer

a aliança terapêutica com os pacientes, de forma a estimular a formação de decisões compartilhadas, levando em conta além do conhecimento técnico, as expectativas, preocupações e saberes de quem procura o serviço de saúde.

3.8. Recomendação de leituras complementares

- Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services
Material em inglês que reúne as últimas recomendações da American Academy of Family Physicians, publicada em janeiro de 2017 e disponível em:
<http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf>.

- Aplicativo ePSS (Electronic Preventive Services Selector)
Aplicativo para dispositivos móveis, na língua inglesa, do US Preventive Services Task Force, entidade dos Estados Unidos dedicada aos estudos das evidências para intervenções preventivas. Site oficial:
<<https://epss.ahrq.gov/PDA/index.jsp>>.

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

O rastreamento permeia nossa prática de trabalho na Atenção Primária diariamente e requer grande dedicação à prevenção quaternária. Rastrear é intervir em pessoas saudáveis buscando fatores de risco ou doenças. Não se dá necessariamente com exames. Questionar sobre hábitos de vida, como tabagismo, já é um rastreamento. A forma como organizamos o processo de trabalho pode determinar se somos mais ou menos intervencionistas nessas práticas.

Nesta unidade, vamos tratar sobre como a organização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) e das práticas de rastreamento se relacionam com o conceito de saúde e autopercepção de saúde da população com a qual trabalhamos. Qual o nosso papel na saúde do usuário?

Discutiremos também sobre as formas de gestão da clínica e como o modelo de

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

Figura 32 – Questionar sobre hábitos de vida, como tabagismo, já é um rastreamento



acesso pode contribuir para um atendimento mais equânime, com acolhimento à demanda espontânea, centrado no usuário e valorizando a prevenção quaternária.

4.1 Atenção primária à saúde: equilíbrio entre ações preventivas e curativas

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base de um sistema de saúde efetivo e equitativo. Seus atributos – porta de entrada, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado – quando bem desenvolvidos e aliados a uma equipe de profissionais capacitados, fazem a APS ser resolutiva em 80% a 90% das condições de saúde da população, independente de idade, gênero ou queixa (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS da década de 1980 era tímida e baseada em ações programáticas como campanhas de vacinação e vigilância contra doenças infectocontagiosas. As unidades de saúde tradicionais, cuja porta de entrada se dava com clínico geral, pediatra e ginecologista, era o modelo predominante nessa época e os profissionais, com forma-

ções hospitalares, tinham o entendimento de que a APS era o local de vigilância, enquanto que os problemas de saúde deveriam ser resolvidos no hospital (GUSSO; NETO, 2012).

No Brasil, a partir 1994 a APS ganhou maior visibilidade e destaque na discussão de saúde do país quando foi lançado o Programa de Saúde da Família. Este se expandiu gradativamente e tornou-se uma estratégia de estado (Estratégia Saúde da Família – ESF), alcançando magnitude em território nacional com resultados expressivos na diminuição da mortalidade infantil, redução das internações por causas sensíveis à APS, redução das iniquidades no acesso e utilização de serviços de saúde (SAMPAIO et al., 2012).

Desde a década de 1980 até hoje, em algumas localidades, tem se entendido que a APS é o local de prevenção e promoção de saúde e de atendimento e acompanhamento de condições crônicas (hipertensão,

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária



A ESF coloca uma equipe de generalistas na porta de entrada do sistema e isso, por si, tem grande potencial de reverter a dissociação vigilância-assistência que vinha ocorrendo, e melhorar o equilíbrio entre ações preventivas e curativas no dia a dia.

Sabemos, porém, que o processo de trabalho não é uniforme.

diabetes, pré-natal). As condições agudas ou condições crônicas agudizadas não tem lugar e acabam recorrendo a serviços de urgência e emergência como hospitais e unidades de pronto atendimento (UPA). Esse cuidado fragmentado e sem coordenação acaba por resultar em medicalização social, maior número de internações e descompensações de seus problemas crônicos.

A publicação da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), bem

como várias outras publicações que se seguem desde então, modificou esse olhar fragmentador na medida em que propõe a redução de filas e ampliação do acesso, por meio de um atendimento acolhedor e baseado em critérios de risco.

O acolhimento à demanda espontânea é uma forma de atendimento a problemas imprevisíveis, como uma gripe, uma crise de ansiedade ou uma descompensação aguda de insuficiência cardíaca. Na medida em que esses problemas são atendidos pela mesma equipe todas as vezes, fortalecemos a longitudinalidade e a resolutividade do serviço, e ainda podemos integrar num mesmo atendimento medidas curativas e preventivas, abaixo dois exemplos:

1) Mulher, 30 anos, que chega a unidade de saúde por um resfriado. O enfermeiro faz seu atendimento, explica a evolução esperada do quadro e aproveita para verificar no

registro sobre seu último rastreamento para câncer de colo de útero. Como tinha feito apenas uma vez, há 5 anos, o enfermeiro já deixa agendado para a próxima semana, quando ela terá disponibilidade.

2) Homem, 62 anos, chega na unidade com muita falta de ar devido à descompensação de insuficiência cardíaca. O médico faz o tratamento agudo, modifica seus medicamentos de uso contínuo para evitar que venha a ocorrer novas descompensações e agenda um retorno breve para dentro de dois dias, podendo então rever e constatar como ele tem ficado.

Essa mudança de paradigma é lenta e pouca informação ainda é encontrada na literatura sobre como operacionalizar o processo de trabalho da APS/ESF levando em consideração esses dois aspectos primordiais de cuidado clínico e atividades de promoção/prevenção (NORMAN; TESSER, 2015).

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

4.2 Saúde e seu paradoxo

O que é saúde? Essa pergunta, sem dúvida, não tem uma resposta fácil e muito menos igual para todas as pessoas.

Embora a discussão do conceito de saúde tenha se iniciado mesmo antes da década de 1970, ela se mantém muito atual, sobretudo diante de um aumento crescente de tecnologias em saúde que permitem mais diagnósticos precisos e tratamentos sofisticados. Criou-se uma falsa impressão de que ter saúde é ter acesso ao médico e a exames, e de que muito pode ser feito pela medicina para prevenir a doença. Mas isso não é verdade.

O aumento da expectativa de vida ao longo dos anos se deve majoritariamente a medidas como vacinas para crianças, acesso à água potável e saneamento básico, acesso à educação formal e obrigatória e ao desenvolvimento de políticas sociais.

A medicina teve seu impacto no uso dos antibióticos, na melhoria das técnicas cirúrgicas e anestésicas, no progresso do tratamento do infarto do miocárdio e alguns cânceres, mas a realização de check-ups não contribuiu em nada para o aumento da longevidade (GÉRVAS; FERNANDEZ, 2013).

Outro problema é que o aumento da saúde ao longo do tempo não se acompanhou de felicidade geral ou satisfação com a própria saúde, e sim gerou maior consumo. Segundo o conceito de Paradoxo da Saúde descrito por Amartya Sen (economista e filósofo indiano, ganhador do Nobel de Ciências Econômicas em 1998), quanto maior o nível de saúde – quanto mais saudáveis, ricos, jovens e cultos – pior a sensação de saúde (GÉRVAS; FERNANDEZ, 2013).

Barsky também definiu o paradoxo da saúde e pontuou alguns fatores que podem estar relacionados, conforme esquema ao lado:

No contexto da APS, avaliar a saúde da população com a qual trabalhamos é fundamental para o reconhecimento do território. A OMS recomenda que a autopercepção do estado de saúde, a percepção de doença de longa duração e a qualidade de vida sejam indicadores para esse processo (AGOSTINHO et al., 2010).

A autopercepção da saúde reflete a percepção individual de aspectos biológicos, psicológicos e sociais e é um bom preditor de mortalidade.

Impactos da medicina e da saúde

A redução da mortalidade por doenças infecciosas resultou no aumento da prevalência de doenças crônicas

O aumento da consciência com relação à saúde proporcionou consciência corporal para sintomas e sentimentos de enfermidades.

As campanhas comerciais contra doenças, propagandas de medicamentos e exames cada vez mais modernos criaram uma sensação de medo de adoecer.

A medicalização da vida diária trouxe expectativas irreais de que muito pode ser feito pela medicina para adiar a morte, tornando ainda piores as situações em que isso não é possível (NORMAN; TESSER, 2015).

A forma como a pessoa percebe sua saúde e a importância que dá a ela, condiciona o modo como a pessoa se comporta e se relaciona com o mundo. Em estudo realizado em Porto Alegre, por Agostinho et al. (2010), pudemos observar que uma pior autopercepção da saúde estava relacionada a maior escolaridade e maior renda familiar, bem como com menor satisfação com o serviço de saúde, além de outros fatores.

A organização do trabalho na APS, bem como a relação profissional-pessoa, pode influenciar na autopercepção de saúde do indivíduo. Usuários atendidos por serviços com alta orientação para a APS manifestam maior satisfação com o serviço, o que contribui com a maior adesão ao cuidado (SAVASSI, 2010).



Reflexão

Considerando nosso contexto de trabalho, temos claro qual a crendice de saúde-doença que a população que atendemos tem? Qual a sua autopercepção de saúde? Que medidas de abordagem individual e coletiva/populacional poderíamos empregar como forma de potencializar uma melhor autopercepção de saúde de nossos usuários?

As medidas de abordagem populacional estão além das esferas da APS/ESF, como já vimos anteriormente, mas microações coletivas que visam autonomia e diminuição do sofrimento do usuário podem e devem ser estimulados e considerados no cuidado, a exemplo de grupos de educação em saúde, de atividade física, de terapia comunitária.

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

4.3 Abordagem centrada na pessoa, prevenção quaternária, e medicalização

A médica Fernanda está numa tarde atribulada na unidade de saúde e chama o próximo paciente, Cláudio de 26 anos, que agendou sua consulta por telefone para o mesmo dia.

Veja que Fernanda durante o plano voltou a uma de suas preocupações que era o colesterol e explorou alguns fatores de risco de que ele não estava se dando conta. Se ela não tivesse explorado a priori suas preocupações, não conseguiria dar uma resposta satisfatória a esse paciente e ele ainda sairia querendo dosar seu colesterol.

Na situação exemplificada vemos que a médica conseguiu fazer uma abordagem

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária



Caso Clínico



Fernanda : “Olá, como posso ajudar?”

Cláudio: “Eu vim para fazer uns exames, faz tempo que eu não faço.”

Fernanda deixa que ele esvazie suas queixas se mantendo em silêncio.

Cláudio: “É bom né, para saber como está minha saúde.”

Fernanda: “Entendo, mas como você acha que está



Caso Clínico

sua saúde?”

Cláudio: “Ah, não sei. É sempre bom checar, né?”

Fernanda: “Claro. E como está a vida? Trabalho, casamento, filhos...”

Cláudio: “Ah está tudo bem, estresse do trabalho, ando meio sobrecarregado porque estamos com poucos funcionários no momento, então estou trabalhando por dois.”

Fernanda: “Tem alguma coisa que vem sentindo?”

Cláudio: “Ah, não, acho que não, cansaço só...”

Fernanda: “Parece explicável esse cansaço. E quando você pensa que gostaria de fazer exames, que exames exatamente você acha que precisaria fazer?”

Cláudio: “Ah, todos, de sangue, de urina, de fezes...”

Fernanda: “E o que você acha que poderíamos descobrir nesses exames?”

Cláudio: “Ah! Alguma doença que eu não saiba; colesterol, nunca fiz...”

Importante que até aqui, em poucos minutos conseguimos detectar uma crença de que para saber sobre sua saúde é preciso fazer exames, que Cláudio tem certa preocupação com doenças sem sintomas e colesterol e que tem um estresse no

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária



Caso Clínico

trabalho que talvez esteja fazendo com que se sinta adoecido. Note que Fernanda explorou se havia sintomas. É muito comum esquecermos de verificar isso quando um paciente chega pedindo por check-up e também é comum que eles tenham sintomas mas acreditem que tudo vai aparecer nos exames que estão pedindo, então não precisam contar para o médico sobre eles.

Fernanda: “Algum motivo especial para estar se preocupando com isso agora?”

Cláudio: “Não, é que minha mãe foi ao médico na semana passada e descobriu que tem colesterol, aí estou meio preocupado, pode ser de família.”

Fernanda: “Claro. E ela tem alguma doença, está tomando remédios?”

Cláudio: “Pressão alta, toma uns remédios, mas para o colesterol não está tomando não.”

Fernanda: “Certo. Tem mais alguma coisa que esteja te preocupando?”

Cláudio: “Não, acho que é mais isso mesmo.”

Nesse momento Fernanda faz algumas perguntas fechadas sobre fatores de risco familiares e os relacionados ao estilo de vida como tabagismo, sedentarismo, alimentação, uso de drogas, uso de



Caso Clínico

preservativo. Ela verifica sua pressão arterial, peso e altura.

Para pacientes jovens o importante seria rastrear HIV, sífilis, hepatites, doenças que demoram muito a ter sintomas e são transmissíveis.

Vamos ver como Fernanda encerra a consulta:

Fernanda: “Cláudio, pelo que vimos hoje, percebo que você está sobrecarregado com o trabalho e talvez isso esteja fazendo com que fique um pouco mais preocupado com sua saúde.”

Cláudio: “É pode ser, porque tenho me sentido tão cansado...”

Fernanda: “Além disso, não tem conseguido praticar exercícios e tem comido vários alimentos industrializados. (pausa) Acredito que seria importante para que se sinta melhor e venha a conseguir evitar algumas doenças mais comuns, manter-se ativo, com uma alimentação saudável e não abusar do álcool.”

Cláudio: “É verdade, preciso mesmo fazer exercício. Do álcool eu não abuso não.”

Fernanda: “Acredito que os exames importantes para você nesse momento seriam esses (sorologias), porque hoje não podemos considerar que haja um grupo de risco. Qualquer relação sexual



Caso Clínico

desprotegida já pode nos colocar em risco, como já conversamos. Usar preservativo também é uma forma de cuidar da sua saúde.”

Cláudio: “E eu nunca fiz mesmo esses exames, puxa vida!”

Fernanda: “O colesterol por si só não é um problema de saúde e mesmo que apresentasse alguma alteração não é prevista nenhuma intervenção além das mudanças de estilo de vida que já falamos, então não há necessidade de verificar. O que você acha? Acha que tem alguma coisa que não foi esclarecida?”

Cláudio: “Não, acho que entendi tudo. Exercícios, comer bem, não trabalhar tanto e usar camisinha...”

centrada na pessoa integrando a prevenção quaternária. Vamos entender como isso ocorre para que possamos praticar no nosso dia a dia e tornar mais simples e satisfatório esse tipo de atendimento.

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

Hoje nossa atividade profissional está cercada por medidas protocolares e baseadas em evidências. Se por um lado elas norteiam nossa prática clínica, por outro, podem engessar nosso pensamento, padronizando e generalizando intervenções, de forma que nos distanciamos da singularidade de cada pessoa. A prevenção quaternária e a abordagem centrada na pessoa nos ajudam a ir no sentido oposto, o de personalização do cuidado (NORMAN; TESSER, 2015).

4.3.1 O método clínico centrado na pessoa

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) possui quatro componentes, conforme descrito nos itens a seguir:

- **Componente 1 - Explorar a doença e a experiência da doença:** explora a doença nos seus sinais, sintomas, exame clínico, e a experiência da doença em suas quatro dimensões: os sentimentos a respeito do problema, as ideias sobre o que está errado, o efeito da doença no seu funcionamento e as expectativas em relação ao profissional e serviço de saúde (STEWART et al., 2010).
- **Componente 2 - Entendendo a pessoa:** significa a compreensão do estágio de desenvolvimento pessoal, momento de ciclo de vida, acúmulo de experiências com as doenças passadas, crenças e vivências, contexto familiar e comunitário. É um componente que muitas vezes vai sendo tecido ao longo do tempo, de muitos encontros do profissional com a pessoa que busca atendimento (LOPES, 2012).
- **Componente 3 - Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas:** é um processo de entendimento mútuo entre profissional e pessoa a respeito de quais são os problemas, quais são as metas a serem atingidas e prioridades do manejo e identificar quais os papéis de cada um. Entrevistas motivacionais e tomada de decisão compartilhada são bons exemplos de planos conjuntos (STEWART et al., 2010).
- **Componente 4 - Intensificar a relação médico-pessoa:** o profissional e a pessoa atendida são apenas dois indivíduos se relacionando. Envolve troca, atenção, sentimentos, empatia. Quanto mais conhecimento o profissional tem de si

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

mesmo e de suas emoções, mais intensa pode ser essa relação (STEWART et al., 2010).

4.3.2 Prevenção quaternária na prática da consulta em APS

Dividindo a consulta médica em dois momentos, sendo a primeira a coleta de dados (componente 1 e 2 do MCCP) e a segunda o plano de cuidado (componente 3) o último componente deve ir permeando toda a consulta (componente 4).

Uma abordagem dinâmica durante a coleta de dados em uma consulta na APS é significativamente mais adequada do que a abordagem ontológica. A abordagem dinâmica compreende a doença como desequilíbrio de forças do ser humano, da sociedade, do ambiente. Considera

indissociável os aspectos sociais, psicológicos e biológicos do indivíduo, e é sobre essa totalidade que se vai caracterizar as doenças, mesmo em caso de sintomas localizados. A abordagem ontológica é centrada na doença enquanto entidade que invade ou se desenvolve em um corpo anteriormente saudável, conversa mais com o modelo biomédico tradicional (NORMAN; TESSER, 2015).

Figura 33 – A abordagem dinâmica considera indissociável os aspectos sociais, psicológicos e biológicos do indivíduo



A forma como pensamos a consulta, logo na coleta de dados, faz toda diferença no nosso grau de intervenção no momento do manejo clínico, bem como na influência que temos na autopercepção de saúde do paciente e sua autonomia em relação a sua saúde.

Você já deve ter notado em sua experiência na prática clínica que a grande maioria dos sintomas e queixas na APS são indiferenciados e inespecíficos. Se utilizamos uma abordagem ontológica e anatomomorfológica, centrada nas lesões do corpo biológico, tenderemos a causar mais danos objetivos, com exames desnecessários e medicalização de processos naturais, e subjetivos, com rotulação de diagnósticos potencialmente adoecedores. A visão dicotômica da doença – tem ou não tem – já foi superada há muito com a demonstração de um continuum de risco e severidade, sistematizado por Rose (2010). Ou seja, a doença é um espectro que vai desde sintomas mais severos, característicos e localizados até sintomas leves, difusos e indiferenciados e não podemos usar a mesma interpretação da constituição da doença em cada um desses casos.

Os eixos constituintes do adoecimento, propostos por Camargo Jr. (1993) e redesenhados por Norman e Tesser (2015), sugerem tipos diferentes de interpretação a depender da característica dos sintomas. Veja no quadro a seguir.

Quadro 17 – Eixos constituintes da doença

Eixos	Comentários	Exemplos
Anatomopatológico (Imagético-molecular-genético)	É o mais antigo eixo de construção das doenças, nascido da anatomia clínica, e também o mais valorizado. Deriva seu poder e legitimidade da objetividade das lesões, das imagens e dos laudos especializados referentes às estruturas materiais ou quadros objetivados que descrevem e definem as doenças, e que são, supostamente, a base de sua manifestação.	Os quadros clínicos bem evidentes e consagrados na medicina, como por exemplo, tuberculose, cólicas renais, infarto do miocárdio, a maior parte dos cânceres, e assim por diante.
Fisiopatológico	Busca propor relações causais (e modelos teóricos) envolvendo elementos materiais (em geral microscópicos, moleculares, celulares e físico-químicos) agrupados em tecidos, órgãos e sistemas, geralmente reducionistas e com pouco poder interpretativo para grande parte das doenças e dos adoecimentos trazidos pelos usuários da APS.	Asmas, alergias, refluxos gastroesofágicos, etc. Também doenças crônicas como diabetes, retocolites, doenças reumáticas e imunológicas.
Semiológico	Os processos de adoecimento são caracterizados por constelações de sinais e sintomas trazidos pelos pacientes, e, portanto, os mais valorizados pelos doentes empiricamente, bem como, pouco ou nada explicados (fisiopatologicamente) pelas teorias disponíveis. Todavia, tendem a ser tratados como doenças, cujo tratamento se resume à supressão ou alívio dos sintomas.	A maior parte dos transtornos ou sofrimentos psíquicos (como ansiedades e depressões), dores de cabeça inespecíficas; dores lombares inespecíficas, fibromialgias, dores abdominais, síndrome do intestino irritável e várias outras manifestações que tem sido denominadas como sintomas físicos não explicáveis medicamente (ou MUPS - Medically Unexplained Physical Symptoms)
Epidemiológico	Refere-se aos processos estatísticos que mapeiam a morbimortalidade na população e que buscam estabelecer associações causais a fim de traçar ações preventivas e/ou de saúde pública, induzindo tratamentos preventivos (baseados em riscos).	São os casos dos fatores ou perfis de risco, associados principalmente às doenças crônicas não transmissíveis como: tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse, desvios alimentares, colesterol, etc.

Fonte: Norman; Tesser (2015).

No contexto da APS, usamos, sem nos dar conta, muito mais os eixos fisiopatológico, semiológico e epidemiológico do que o anatomopatológico. Mas o que isso significa exatamente do ponto de vista da prevenção quaternária na nossa prática clínica?

Significa que ao utilizarmos a abordagem dinâmica e os diferentes eixos para interpretar um sofrimento que nos é apresentado na consulta, conseguiremos fazer uma análise mais abrangente do problema que a pessoa nos traz e conseqüentemente ampliaremos também nosso plano de cuidado, utilizando da palavra como principal ferramenta da prevenção quaternária.

No segundo momento da consulta, apresentamos uma explicação de porque aquele problema está ocorrendo e propomos uma estratégia de cuidado. Ao utilizarmos jargões técnicos para designar os sintomas, estamos potencialmente causando

adoecimento. Por exemplo, usar gastrite no lugar de “dor de estômago” implica no diagnóstico de uma doença associado a exames diagnósticos e medicamentos, que na maioria das vezes não serão necessários. A forma de comunicação pode interferir na autopercepção de saúde daquele indivíduo.

É comum que o profissional, diante da incerteza diagnóstica, tenha dificuldade em comunicar o problema e tenda a medicalizar os sintomas ou solicitar exames sem critérios bem definidos. Ressaltamos que a longitudinalidade é um recurso de que devemos nos valer para diagnóstico. Conter nossa ansiedade e aguardar próximos encontros para definir melhor o problema daquele paciente também é fazer prevenção quaternária.

A abordagem centrada na pessoa e a prevenção quaternária inseridas na prática da APS, seja na consulta como no processo

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

de trabalho, ajuda a reconhecer os limites dos saberes biomédicos na contribuição para a promoção de saúde e autonomia dos usuários. Quando nos retiramos da posição do saber absoluto biomédico, relativizamos os diagnósticos, “despatologizamos” o sofrimento e os riscos, e centramos no usuário como autônomo e independente do sistema de saúde é que iniciamos algum avanço para modificar o contexto de medicalização social em que estamos vivendo (TESSER, 2006).

4.4 Gestão da clínica: acolhimento, acesso avançado e organização da agenda

A gestão da clínica, definida primeiramente por Mendes (2001), é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas;

efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

Esse conceito, que se comunicava mais com as redes de atenção à saúde e com as diretrizes clínicas, foi ganhando novo significado ao longo do tempo e abrindo espaço para a discussão de gestão da clínica enquanto gerenciadora do processo de trabalho da ESF, conhecendo e organizando a demanda para a melhor atenção aos usuários e garantia da APS como verdadeira porta de entrada de um sistema de saúde equânime.

Para uma gestão da clínica adequada, precisamos contar com uma escuta acolhedora pela equipe, com avaliação de risco, fazer uma análise da demanda constantemente e utilizar um modelo de acesso desburocratizado que facilite a chegada do usuário a sua equipe de referência a qualquer momento, por qualquer problema de saúde.

4.4.1 Acolhimento

O Acolhimento é uma postura de cuidado que deve estar presente em qualquer trabalhador da APS, seja qual for sua competência

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

técnica. A atitude empática e respeitosa com o usuário foi definida a partir da Política de Humanização da Saúde (BRASIL, 2004) e vem ganhando cada vez mais espaço de discussão e dentro da própria unidade de saúde.

Figura 34 – Acolhimento: deve estar em todo serviço da APS



O Acolhimento à demanda espontânea também pressupõe avaliação de riscos e vulnerabilidades, que não são definidas apenas pelo risco clínico e biológico, mas sim, levam em conta também prioridades do ponto de vista psicossocial e epidemiológico. Essa classificação de risco separa aquele que precisa de atendimento imediato (infarto agudo do miocárdio), atendimento prioritário (crise de asma) ou atendimento no mesmo dia (amigdalite bacteriana) e ainda há aqueles que podem ser atendidos dentro de 48h (consulta para mostrar exames solicitados) (BRASIL, 2013).



Link

Para saber mais sobre o acolhimento, leia o segundo e terceiro capítulos do Caderno de Atenção Básica de Acolhimento à demanda espontânea, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>.

4.4.2 Análise da demanda

Em primeiro lugar, vale lembrar que quando a população residente na área de abrangência ultrapassa a média de 3000 habitantes por equipe, sobretudo se uma população de grande vulnerabilidade social, que tende a necessitar mais do serviço de saúde, qualquer modelo de acesso será ineficiente. Podemos ter a sensação de que o acesso aberto é insuportável nessa situação, mas é apenas porque no modelo tradicional, não estamos enxergando a demanda reprimida, ela não aparece, temos então a falsa sensação de que tudo está sob controle (GUSSO; NETO, 2012).

Não é por isso, porém, que não vale a análise da demanda e a tentativa de mudança no processo de trabalho.

Para modificar o modelo de acesso na sua equipe, antes de mais nada é necessário

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

fazer uma análise da demanda. Muitos acreditam que para analisá-la basta contar o número de pacientes atendidos por dia no último mês e pronto! Na verdade, isso apenas contaria o número de atendimentos, que pode estar moldado em um modelo de acesso tradicional fechado, que não consegue mensurar a demanda reprimida (GUSSO; NETO, 2012).

Inicialmente vamos calcular a pressão assistencial e a “frequência”:

- **Pressão assistencial** = nº de consultas em um período/nº de dias trabalhados em um mesmo período (preferência 1 ano)
- **“Frequência”** = nº de consultas em um período/nº de habitantes (GUSSO; NETO, 2012).

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

Quadro 18 – Análise quantitativa da demanda

	Alta "frequentação" (mais de 3-4 consultas/ habitante/ano)	Baixa "frequentação" (menos de 3-4 consultas/habitante/ano)
Alta pressão assistencial (mais de 25 consultas/dia)	A: normalmente por déficit organizativo	B: provavelmente por falta de recursos, precisaria de incremento dos recursos para se adequar a pressão assistencial
Baixa pressão assistencial (menos de 25 consultas/dia)	C: ocorre em áreas rurais em que a população adscrita é pequena	D: encontrada em regiões urbanas de classe alta, em que as pessoas não utilizam muito o SUS

Fonte: adaptado de Lopes; Gusso (2012).

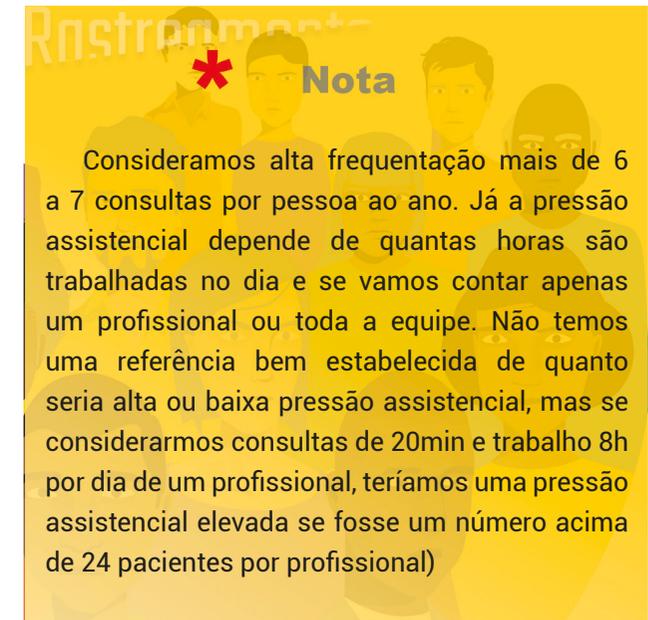
Para interpretar os dados, utilizaremos o quadro acima.

A maioria das equipes de ESF no Brasil se encontra na situação B. A principal margem de manobra seria tornar a equipe mais funcional, ampliando a capacidade clínica do profissional não médico (GUSSO; NETO, 2012).

4.4.3 Organização da agenda

Modelo tradicional

No modelo tradicional de organização da agenda, as consultas são marcadas para dali um mês ou mais. Se um paciente necessita de um atendimento hoje ou amanhã ele não consegue, tendo que esperar por semanas,



o que pode agravar seu problema de saúde, ou o faz procurar um serviço de emergência. Em condições crônicas agudizadas, por exemplo, é possível que um paciente tenha que consultar por duas ou três vezes em um serviço de emergência até que consiga consultar com sua equipe de ESF (WOLLMANN et al., 2014).

Isso gera sobrecarga dos serviços de pronto atendimento com demandas que são da APS, atrasa a resolução de problemas do usuário, além de não ter equidade, uma vez que esse usuário deixa de ser atendido em momento oportuno em detrimento de outros que talvez não precisassem ser vistos naquele dia.

Uma outra questão é uma grande taxa de absenteísmo, já que após um mês a pessoa pode ter esquecido a consulta ou ter resolvido seu problema de outra forma. Fora o grande número de agendas reservadas para programas de rastreamento em que as pessoas, justamente por estarem assintomáticas, têm mais facilidade de esquecerem seus horários.

Figura 35 – O modelo tradicional: sobrecarga e atrasos



Modelo carve out

O modelo carve out prevê um tempo para a demanda espontânea dentro da agenda diária, que pode ser cumprido pela própria equipe de referência ou as equipes podem se revezar. Esse, apesar de ser melhor que o modelo tradicional, ainda tem muitos problemas (MURRAY; BERWICK, 2003). No Brasil, é comum que muitas unidades adotem essa estratégia deixando reservado parte dos turnos para o acolhimento a demanda espontânea/urgências e a outra metade para agendados (ou visita domiciliar ou grupo ou reunião de equipe) e isso tem sido confundido com acesso avançado. Atenção! Isso não é acesso avançado!

Podemos pontuar alguns problemas. Um deles é que o número de pacientes que procura a demanda espontânea pode ser maior

ou menor do que o possível para caber naquele tempo reservado. Se for maior, isso provocará estresse em toda a equipe, os profissionais atenderão a todos com rapidez, preocupados com os que estão pré-agendados, e não conseguirão oportunizar o atendimento, ou seja, resolver também problemas não urgentes naquela consulta, fazendo com que o usuário tenha que voltar ainda outro dia. Se for menor, o profissional ficará ocioso naquele momento em que poderia atender os agendados que estão sendo cada vez mais postergados.

O problema maior, porém, o grande nó desse modelo metade-metade, é que na APS as urgências são muito relativas. A complexidade da APS e do atendimento integral ao indivíduo faz com que ele traga como urgente um problema que talvez pudesse ser atendido após uns dias ou que, se fosse outra pessoa, nem precisaria do serviço

de saúde. A personalização de um cuidado centrado na pessoa requer uma organização de agenda que dê conta dessas nuances.

Modelo de acesso avançado

Esse modelo tem como lema “fazer o trabalho de hoje, hoje!”. E ele funciona melhor porque acaba com a divisão dos pacientes entre “urgências” e “rotina”, justamente pela dificuldade dessa classificação na APS. Acaba também com filas e grandes esperas por uma consulta com sua equipe de referência (MURRAY; BERWICK, 2003).

Num primeiro momento, esse modelo pode parecer difícil de ser alcançado. Muitos profissionais acham que não conseguem atender toda a demanda no mesmo dia. Na verdade, se considerarmos que o número de pessoas que procuram atendimento por dia e que são agendados para dali um mês normalmente é mais ou menos constante,

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

são essas as pessoas que atenderemos no mesmo dia, em vez de postergar.

A transição, porém, pode ser um pouco mais complicada, já que uma vez aberto o acesso, a demanda reprimida pode ser grande no início e tem previsão de alguns meses (dois ou três) para normalizar.



Link

Nesta cartilha, uma equipe de profissionais da APS de Curitiba mostra como podemos modificar o modelo de acesso do tradicional para o avançado.

Acesse aqui: <http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf>

É importante, para o modelo funcionar, que a agenda médica e de enfermagem estejam em sintonia e ambas sejam agendadas para o mesmo dia. É recomendado que no início

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

do dia 60% ou mais da agenda estejam livres para o agendamento do dia.



Veja que agendamento do dia não significa apenas consultas de urgência. Esse modelo não faz da APS um pronto atendimento. Significa que as mesmas consultas que eram postergadas, agora serão atendidas no dia, ou agendadas ao longo daquela semana se o usuário assim preferir. Cuidado, que não é obrigatório que a pessoa agende para aquele mesmo dia se ela não quiser. A rigidez pode gerar novo tipo de fechamento do acesso, ao impedir as pessoas de agendarem para outro dia.

No acesso avançado, a taxa de absenteísmo cai e a demanda, em vez de se tornar insaciável, como muitos acreditariam, na verdade reduz, porque as pessoas mais frequentemente são atendidas pela sua equipe de referência, garantindo uma

melhor atenção à sua saúde e, portanto, menor número de atendimentos. Bem como há uma diminuição da ansiedade em buscar consultas de urgência (do modelo carve out), uma vez que tem a segurança de que podem ter acesso ao atendimento quando precisarem (MURRAY; BERWICK, 2003).

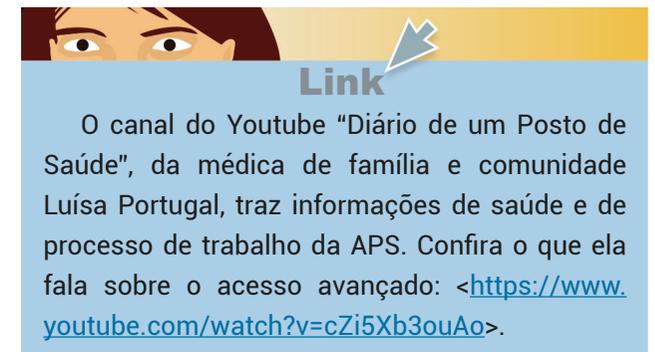
A demanda deve ser constantemente medida e reavaliada e novas estratégias devem ser colocadas quando notamos gargalos que possam limitar o acesso ou aumentar muito a demanda. Uma maneira de reduzir a demanda inclui a maximização da eficácia de cada consulta, cobrindo várias questões num mesmo encontro, ou ainda utilizando o telefone ou e-mail em vez de consultas para responder às perguntas dos pacientes e fazer o seguimento do cuidado. (MURRAY; BERWICK, 2003).

O desenvolvimento de consultas coletivas e o aumento dos intervalos entre as visitas de retorno para pacientes com doenças

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

crônicas controladas também podem ser potentes estratégias de diminuição da demanda. Instrumentalizar o usuário e sua família com materiais sobre a doença, além de criar autonomia em relação a sua saúde, evitar consultas desnecessárias e, conseqüentemente, intervenções desnecessárias nesses pacientes (MURRAY; BERWICK, 2003).



O canal do Youtube “Diário de um Posto de Saúde”, da médica de família e comunidade Luísa Portugal, traz informações de saúde e de processo de trabalho da APS. Confira o que ela fala sobre o acesso avançado: <<https://www.youtube.com/watch?v=cZi5Xb3ouAo>>.

Você deve estar se perguntando onde entram os rastreamentos nesse tipo de acesso. E os turnos de Papanicolau? Nesse modelo não existe um turno para

Papanicolau. A paciente que precisa/deseja fazer seu exame preventivo pode também fazer o agendamento para o mesmo dia na agenda do enfermeiro, ou para um outro dia, se preferir. A desburocratização do acesso aos programas de rastreamento também amplia o número de usuários a realizá-los, sobretudo para aqueles que nunca fizeram.



A busca ativa de pacientes para rastreamento do câncer de colo de útero, com uma agenda mais flexível, também se torna mais eficaz uma vez que ao contatar a usuária, podemos lhe oferecer diversos horários para que ela decida aquele que mais se adequa a sua rotina, aumentando as chances de que ela realmente compareça.

O acesso avançado, por garantir atendimento ao usuário em momento oportuno, pelo profissional de referência e com

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária

melhor competência para resolver a demanda, tende a ser mais centrado no paciente e a favorecer a prevenção quaternária.



Boa Prática

Apresentaremos aqui a experiência da unidade de Saúde Saco Grande em Florianópolis.

A equipe em questão tinha população adscrita de cerca de 3000 pessoas, população urbana e de bastante vulnerabilidade social. Em 2014, o modelo de acesso utilizado era do tipo *carve out*. Nessa ocasião, a equipe fez um diagnóstico retrospectivo da demanda: quais as queixas mais frequentes? quantas “urgências” e quantas “consultas agendadas”? quais os horários que os pacientes costumavam chegar? agendavam por telefone ou e-mail?

Concluíram que cerca de 15 a 20 pacientes procuravam o atendimento “de urgências” no início dos turnos. Os horários para “agendados” eram preenchidos de uma semana para outra rapidamente, sempre faltava vaga, existia algum absenteísmo, mas não muito, e a equipe vivia em estresse para equilibrar esses agendados com as “urgências”, principalmente as que chegavam quando terminava o horário reservado para demanda espontânea.

A partir disso, a equipe inaugurou o acesso avançado e acabou percebendo a diminuição do estresse de usuários e profissionais e a redução da demanda por

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária



Boa Prática

atendimento em filas no início dos turnos. As consultas passaram a ser agendadas todas para o mesmo dia, por telefone ou presencial. A diferenciação entre “urgências” e “agendados” não existia mais, já que todas as pessoas que buscavam atendimento eram vistas no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, independentemente do horário que procuravam a equipe. A partir dessa mudança, os usuários passaram a ligar mais e chegar na unidade sem agendar cada vez menos. Reduziram de 20 para 5 o número de pessoas que buscavam atendimento às 8 e às 13h, o que diminuiu bastante a pressão na sala de espera, o tempo de espera do usuário e o estresse dos profissionais. Nesse tipo de agendamento, o que variava era o tempo que o profissional tinha de atendimento, dependendo do perfil do usuário. As consultas médicas variavam entre 10 (rápidas), 20 (médias) ou 30 minutos (longas) e as de enfermagem entre 20 ou 30 minutos. Essa AGENDA INTELIGENTE (CARRIÓ, 2012) determinava um tempo realista para o paciente em função de seu perfil. Separaram blocos de 10min na agenda toda e o agendador, que podia ser o agente comunitário, o técnico de enfermagem, o enfermeiro ou o médico, é que iria estimar um tempo de consulta para esse paciente de acordo com sua idade, sua queixa e suas comorbidades, baseados em critérios predefinidos em equipe.

Os horários destacados em cinza (veja modelo da agenda a seguir) eram reservados para o profissional



Boa Prática

estender uma consulta caso fosse necessário, adicionar um outro paciente que tivesse necessidade, se recuperar de possíveis atrasos ou para responder e-mails, fazer ligações e renovar receitas, fazer laudos. Exemplo de agenda de uma quarta-feira:

HORA	NOME	MOTIVO	TEL	RESP.
8:20				
8:30				
8:40				
8:50				
9:00				
9:10				
9:20				
9:30				
9:40				
9:50				
10:00				
10:10				
10:20				
10:30				
10:40				
10:50				
11:00				
11:10				
11:20				
11:30				
11:40				
13:10				
13:20				
13:30				
13:40				
13:50				
14:00				

4.4.4 Ferramentas de organização das ações de rastreamento

No modelo que acreditamos ser mais efetivo, de uma APS abrangente, com um acesso avançado, as principais ferramentas para nos ajudar na organização de ações de rastreamento são tecnológicas. Necessitamos de um prontuário eletrônico que nos avise diariamente sobre pessoas de nossa área de abrangência que precisam ser buscadas seja para fazer seu rastreamento ou controle de sua doença crônica.

Se isso ainda não é possível, podemos utilizar a lista de problemas sinalizando quando foi feito o último citopatológico de colo uterino, por exemplo, para que, em qualquer momento de cuidado, possamos verificar a necessidade de repetir o exame preventivo.

Outra estratégia que pode nos ajudar nessa organização é construir uma planilha de vigilância que seja compartilhada entre

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

Figura 36 – A tecnologia no auxílio ao rastreamento



membros da equipe e atualizada no momento de atendimento do usuário. Sugerimos que tenha abas para marcadores diferentes, formas coloridas de marcar usuários com maior risco e vulnerabilidade, e que através de revisões quinzenais e mensais das tabelas, a equipe consiga buscar aqueles que precisam comparecer a unidade. Seja para realizar uma consulta de puericultura, o Papanicolaou ou acompanhamento pós tratamento de sífilis.

Figura 37 – Exemplo de planilha de vigilância

<i>f_x</i>	A	B	C	D	E	F	G
1	Coleta	Nome	DN	Idade	Observações	Resultado	Plano
2	data			cálculo automát	observado no exame clínico		
3	02/03/2015	Luciana Menezes	31/08/1958	57	Sangramento na coleta		
4	26/02/2015	Julia da Silva	04/07/1990	25	1ª coleta	negativo para neoplasia	repetir 1 ano
5	25/02/2015	Maria Isabel de Oliveira	03/04/1967	48		negativo para neoplasia	repetir 3 anos
6	25/02/2015	Clarice Mendes de Sá	19/08/1986	29	Colo com cistos/ irregular	negativo para neoplasia	repetir 3 anos
7	24/02/2015	Andrea de Lima Brasil	25/03/1981	34	cistos de naboth	negativo para neoplasia	repetir 3 anos
8	24/02/2015	Isadora Souza de Brito	23/04/1969	46	ectopia	lesão intraepitelial alto g	colposcopia/biopsia
9	23/02/2015	Maria José dos Santos	08/09/1964	51		negativo para neoplasia	repetir 3 anos
10	13/02/2015	Nilce Maria Magalhães	15/11/1975	40		lesão intraepitelial baixo	repetir 6 meses
11	13/02/2015	Elvira Martins da Silva	22/01/1955	60	histerectomia total - fundo	negativo para neoplasia	não repetir mais
12	13/02/2015	Marta Correa	30/06/1977	38	HIV	negativo para neoplasia	repetir 6 meses
13	19/01/2015	Larissa Bueno de Camargo	15/10/1984	31		negativo para neoplasia	repetir 3 anos
14	19/01/2015	Ana Lúcia Guimarães	12/02/1987	28		negativo para neoplasia	repetir 3 anos
15	13/01/2015	Maria Aparecida de Oliveira	13/05/1971	44		negativo para neoplasia	repetir 3 anos
16							

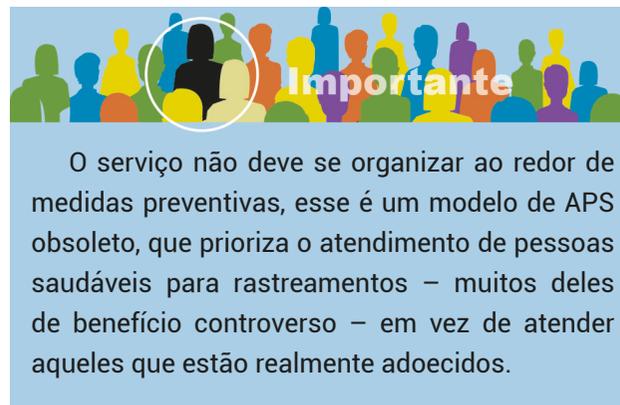
+ ☰ CP ▾ Gestantes ▾ Crianças 0 a 2 anos ▾ HAS/DM ▾ Sífilis ▾ HIV ▾ Tuberculose ▾ Saúde Mental ▾ Domiciliar ▾

Fonte: os autores

Nesse modelo, portanto, não existe um turno para Papanicolau. A paciente que precisa/deseja fazer seu exame preventivo pode também fazer o agendamento para o mesmo dia na agenda do enfermeiro, ou para um outro dia, se preferir. A busca ativa dessas usuárias, com uma agenda mais flexível, também se torna mais eficaz uma vez que ao contatá-la, podemos oferecer diversos horários para que ela decida aquele que mais se adequa a sua rotina, aumentando as chances de que ela realmente compareça.

A desburocratização do acesso aos programas de rastreamento também amplia o número de usuários a realizá-los, sobretudo para aqueles que nunca fizeram.

Em termos de saúde pública isso é grave, porque significa cuidados e gastos maiores com os mais saudáveis, muitas vezes desnecessariamente, enquanto os



O serviço não deve se organizar ao redor de medidas preventivas, esse é um modelo de APS obsoleto, que prioriza o atendimento de pessoas saudáveis para rastreamentos – muitos deles de benefício controverso – em vez de atender aqueles que estão realmente adoecidos.

mais vulneráveis não conseguem acessar o sistema e quando o fazem já apresentam comprometimentos mais graves.

Isso ocorre muito nas campanhas em massa – por exemplo, o Outubro Rosa – em que só se veiculam os benefícios e não riscos, tanto individuais como populacionais.

O rastreamento, a exemplo da mamografia e outros que seguem controversos, deve ser oportunístico, aliado ao cuidado clínico e decidido de forma compartilhada. Para que isso seja

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

possível é preciso acesso e cuidado centrado na pessoa.

O acesso facilitado é nossa principal forma de realizar diagnósticos oportunos/precoces, uma vez que as pessoas conseguem consultar o profissional de saúde quando necessitam e isso reduz inequidades.

4.5 Resumo da unidade

Para a realização de rastreamentos de forma oportuna e equânime, é fundamental a inserção da abordagem centrada na pessoa e da prevenção quaternária na prática da APS, tanto na consulta como no processo de trabalho.

Um processo de trabalho centrado no paciente significa atendimento em momento oportuno, pelo profissional de referência e com melhor competência para resolver a demanda o mais rápido possível. O modelo

de acesso que melhor vem respondendo a essas expectativas, bem como ao objetivo de equilibrar atividades preventivas com atividades curativas, tem como lema fazer o trabalho de hoje, hoje.

Quando consideramos que nosso principal papel na saúde da população é exatamente oferecer assistência quando necessitam, já que os demais determinantes da saúde não estão relacionados a assistência à saúde em si, reconhecemos mais uma vez a importância de um modelo de acesso desburocratizado e aberto.

É assim, com acesso avançado, abordagem centrada na pessoa, acolhimento com ampliação da clínica de profissionais não médicos e prevenção quaternária que poderemos contribuir na autonomia do sujeito, despatologizar os sofrimentos e modificar o contexto de medicalização social que estamos vivenciando.

4.6 Recomendação de leituras complementares

Complemente o que estudamos nesta unidade com as seguintes leituras:

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>>.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015;10(35):1-10. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)>.

Leia também o capítulo sobre Gestão da clínica do Tratado de Medicina de Família e Comunidade:

Unidade 4

A prática do rastreamento e a organização do processo de trabalho na Atenção Primária

GUSSO, G.; NETO, P. P. Gestão da clínica. In: LOPES, José Mauro; GUSSO, Gustavo (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Agora que você finalizou o módulo o desafio é integrar todos esses conhecimentos na sua prática profissional e no atendimento aos pacientes.

Estamos certos de que o aprendizado que você obteve desse módulo fará diferença na sua atuação profissional e na vida dos seus pacientes. Acreditamos que seus pacientes terão acesso a um profissional muito mais preparado e com pensamento mais crítico para discutir evidências e compartilhar as decisões sobre quais as melhores condutas a serem tomadas frente a demanda por check-ups.

Sucesso e bom trabalho!

ABRAMSON, J.D.; ROSENBERG, H.G.; JEWELL, N.; WRIGHT, J.M. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin?, *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 347, n. 22, p. f6123, 2013.

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis*, v. 5, n. 17, p. 9-15, jan./dez. 2010

American cancer society (ACS). Colorectal cancer screening tests. ACS, 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/cancer/en/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html>>. Acesso em: 25 maio 2017.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *Diabetes Care*, v. 40, n. Supplement 1, p. S4-S5, 2017.

ANDERSON, Todd J. et al. 2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Canadian Journal of Cardiology*, v. 29, n. 2, p. 151-167, 2013.

BAUER, S. Modelling Population Health Reflections on the Performativity of Epidemiological Techniques in the Age of Genomics. *Medical Anthropology Quarterly*, p. 510-530, 2013.

BELL, A. L.; RODES, M. E.; COLLIER, K. L. Childhood eye examination. *American family physician*, v. 88, n. 4, p. 241-248, 2013.

BELL, N. et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *Canadian Medical Association Journal*, v. 186, n. 16, p. 1225-1234, 2014.

BIBBINS-DOMINGO, K. et al. Screening for lipid disorders in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, v. 316, n. 6, p. 625-633, 2016.

BIBBINS-DOMINGO, K. et al., Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults, *JAMA*, v. 316, n. 19, p. 1997, 2016

BIBBINS-DOMINGO, K. GROSSMAN, D. C.; CURRY, S. J. The US Preventive Services Task Force 2017 Draft Recommendation Statement on Screening for Prostate Cancer, *JAMA*, v. 314, n. 1, p. 80-82, 2017.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)*, v. 79, n. Supl 1, p. S13-S22, 2003.

BLANK, D. Acompanhamento de Saúde da Criança. In: DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Poprto Alegre: Artmed, 2014.

BMJ BEST PRACTICE. Health maintenance for adults. *BMJ Best Practice*, 2016a.

BMJ BEST PRACTICE. Hypertriglyceridaemia. BMJ Best Practice, 2016b.

BMJ. British Medical Journal. Visão geral de cuidados com o bebê. BMJ Best Practice. Atualização de 15 de janeiro de 2014.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015a.

BRASIL. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes. Brasília: ANVISA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, SecretariadeAtençãoàSaúde,DepartamentodeAçõesProgramáticasEstratégicas e Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde,

- 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal: deficiência de biotinidase. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal: hiperplasia adrenal congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília, 2015b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015c.
- BULLIARD, J. L.; CHIOLERO, A. Screening and overdiagnosis: public health implications. *Public Health Reviews*, v. 36, n. 1, p. 1-5, 2015.
- CAMARGO, K. R. A construção das doenças na medicina ocidental contemporânea. *Revista Brasileira de História da Ciência [Internet]*, v. 9, p. 31-40, 1993.
- CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE (CTFPHC) et al. CTFPHC recommendation for screening for breast cancer with mammography: 2000-2013. Canadian Task Force on Preventive Health Care. 2011. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2012/2009/clinician_2011_pager_ENG2011.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.
- CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE (CTFPHC) et al. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, v. 188, n. 5, p. 340-348, 2016.
- CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE (CTFPHC) et al. Recommendations on screening for lung cancer. *Canadian Medical Association Journal*, v. 188, n. 6, p. 425-432, 2016b.
- CANTOR, A. et al. Screening for Syphilis in Nonpregnant Adolescents and Adults. 2016.
- Carlson, K. J. Screening for ovarian cancer. UpToDate, 2017.
- CARRIÓ, F. B. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CHOU, R. et al. Screening for Dyslipidemia in Younger Adults: A Systematic Review to Update the 2008 US Preventive Services Task Force Recommendation. 2016.

CHOU, R. et al. Screening for hepatitis C virus infection in adults: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, v. 158, n. 2, p. 101-108, 2013.

CLARK, C. B. et al. Hypertension. *DynaMed*, 2017.

CURY, J. A.; TENUTA, L. M. A. Evidence-based recommendation on toothpaste use. *Brazilian oral research*, v. 28, n. SPE, p. 1-7, 2014.

DAMEN, J. et al. Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. *BMJ: British Medical Journal*, v. 353, p. i2416, 2016.

Deffebach, M. E.; Humphrey, Linda. Screening for lung câncer. *UpToDate*, 2017.

DHEDHI, S. A.; SWINGLEHURST, D.; RUSSELL, J. 'Timely' diagnosis of dementia: what does it mean? A narrative analysis of GPs' accounts. *BMJ open*, n. 4, v. 3, p. e004439, 2014.

DOCIMO, S. G.; SILVER, R. I.; CROMIE, W. The undescended testicle: diagnosis and management. *American family physician*, v. 62, n. 9, p. 2037-44, 2047-8, 2000.

DynaMed. Cardiovascular risk assessment. Atualização de 24 de outubro de 2016.

Elmor, J. G. Screening for breast cancer: Strategies and recommendations. *UpToDate*, 2016.

ERVITI, J. Problemas óseos asociados al uso de bifosfonatos: ¿evitan o producen fracturas. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, v. 17, n. 5, p. 65-75, 2009.

FACINA, T. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. 2016.

FALKNER, B. et al. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*, v. 114, n. 2 III, p. 555-576, 2004.

FELDMAN, J.; DEUTSCH, M. B. Primary care of transgender individuals. *UpToDate*, 2016.

GATES, T. J. Screening for cancer: evaluating the evidence. *Am Fam Physician, United States*, n. 63, v. 3, p. 513-522, 2001.

GÉRVAS, J.; FERNANDEZ, M. P. *Sanos salvo (y libre de intervenciones médicas innecesárias)*. 3. ed. Barcelona: Los libros del lince, 2013.

GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; HEATH, I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*, v. 372, n. 9654, p. 1997-1999, 2008.

GÉRVAS, Juan C.; FERNÁNDEZ, M. P.; DIOS, J. G. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria: a propósito de dos ejemplos en pediatría. *Revista española de salud pública*, v. 81, n. 4, p. 345-352, 2007.

GOFF, D. C. et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of

cardiovascular risk. *Circulation*, p. 01. cir. 0000437741.48606. 98, 2013.

Golshan, M. Nipple discharge. UpToDate, 2016.

GÓMEZ SANTANA, M. C. et al. Prescripción prudente y deprescripción de fármacos como herramientas para la prevención cuaternaria. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, n. 10, v. 35, p. 1-8, 2015.

GØTZSCHE, P. C. et al. General health checks don't work. *BMJ*, v. 348, p. g3680, 2014.

GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst. Rev.*, v. 6, CD001877, 2013

GØTZSCHE, P.C. Medicamentos mortais e crime organizado: como a Indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016.

GRAY, J.A.M. New concepts in screening. *Br J Gen Pract*, n. 54, p. 292-8, 2004.

GREENHALGH, T.; HOWICK, J.; MASKREY, N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*; v. 348, p. g3725, 2014.

Greenland, P. et al. ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults. *Journal of the American*

College of Cardiology, v. 56, n. 25, p. e50-103, 2010.

GUARNIERO, R. et al. Displasia do desenvolvimento do quadril: atualização. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 45, n. 2, p. 116-121, 2010.

GUSSO, G.; NETO, P. P. Gestão da clínica. In: LOPES, J. M.o; GUSSO, G. (Org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HEATH, I. Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. *PLoS Med*, v. 3, n. 4, p. e146, 2006.

HEATH, I. In defence of a national sickness service. *BMJ*, v. 334, p. 19, 2007.

HEATH, I. It is not wrong to say no. *BMJ*, v. 338, p. 2529, 2009.

HEATH, I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests. *BMJ*, v. 347, p. f6361, 2013.

HEATH, I. Who needs health care-the well or the sick? *BMJ*, v. 330, n. 7497, p. 954-956, 2005.

HEFLIN, M. T. Geriatric health maintenance. UpToDate, 2017.

HELENO, B; THOMSEN, M. F.; RODRIGUES, D. S.; JORGENSEN, K. J.; BRODERSEN, J. Quantification of harms in cancer screening trials: literature review. *BMJ*, v. 347, n.1, p.f5334-f5334, 2013.

HELFAND, M.; CARSON, S. Screening for lipid disorders in adults:

selective update of 2001 US preventive services task force review. 2008.

HEWITSON, P. et al. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *The American journal of gastroenterology*, v. 103, n. 6, p. 1541-1549, 2008.

Hoffman, R. M. Screening for prostate câncer. UpToDate, 2017.

HOFFMAN, R. M.; LEWIS, C. L.; PIGNONE, M.P.; COUPER, M.P.; BARRY, M.J.; ELMORE, J.G. et al. Decision-making processes for breast, colorectal, and prostate cancer screening: the DECISIONS survey. *Med. Decis. Making*, v. 30, suppl. 5, p.53S-64S, 2010.

HUMPHREY, L. L. et al. Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: a systematic review to update the US Preventive services task force recommendation. *Annals of internal medicine*, v. 159, n. 6, p. 411-420, 2013.

ILIC, D. et al. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2013.

ILIC, D.; MISSO, M. L. Screening for testicular cancer. *The Cochrane Library*, 2011.

INCA. Ações e Programas no Brasil. Controle do Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/>

[acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude)>. Acesso em: 30 ago. 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 10, n. 35, p.1-3, 2015.

JONAS, D. E. et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, v. 157, n. 9, p. 645-654, 2012.

JORDÃO, R. E. et al. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, 2009.

JØRGENSEN, K. J.; ZAHL, P. H.; GØTZSCHE, P. C. Overdiagnosis in organised mammography screening in Denmark: a comparative

study. BMC Women's Health, v. 9, n. 36, 2009.

JOUSILAHTI, P. et al. Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study., BMJ (Clinical research ed.), v. 352, p. i721, 2016.

KAPLAN, N. M. et al. Cardiovascular Risks of Hypertension. UpToDate, 2016.

KLEEREKOPER, M. Screening for osteoporosis. UpToDate, 2017.

KROGSBØLL, L. T. et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ, v. 345, p. e7191, 2012.

LANCET, T. Discuss prostate cancer screening with your doctor. 2017.

LEBLANC, E. et al. Screening for and management of obesity and overweight in adults. 2011.

LEFEVRE, M. L. Screening for Hepatitis B Virus Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of internal medicine, v. 161, n. 1, p. 58-66, 2014

LIN, J. S. et al. Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review for the US Preventive Services Task Force: Evidence Synthesis

No. 135. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.

LIN, K. et al. Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer: an evidence update for the US Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis, n. 90, 2011.

Lin, K. W. Screening for testicular câncer. UpToDate, 2017.

LIN, K.; SHARANGPANI, R. Screening for testicular cancer: an evidence review for the US Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine, v. 153, n. 6, p. 396-399, 2010.

LIN, K.; VICKERY, J. Screening for hepatitis B virus infection in pregnant women: evidence for the US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Annals of internal medicine, v. 150, n. 12, p. 874-876, 2009

LOPES, J. M. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: LOPES, J.é Mauro; GUSSO, G. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LUZ, G. S. et al. Prevalência das doenças diagnosticadas pelo programa de triagem neonatal em Maringá, Paraná, Brasil: 2001-2006. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 29, n. 3, p. 446, 2008.

MAKARY, M.A.; DANIEL, M. Medical error-the third leading cause of

death in the US. *BMJ*, v. 353, p. i2139, 2016

MANN, J.; HILGERS, K. What is goal blood pressure in the treatment of hypertension? *UpToDate*, 2013.

MARIÑO, M. A. Incidentalomas: concept, relevance and challenges for medical practice. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-9, 2015.

MARTIN, K. A. et al. Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy. *UpToDate*, 2017.

MAYOR, S. Reduction in breast cancer deaths is due to treatment not screening, finds study. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, v. 355, 2016.

MCCULLOCH, D. K. Clinical presentation and diagnosis of diabetes mellitus in adults. *UpToDate*. 2017.

MCCULLOCH, D. K. et al. Glycemic control and vascular complications in type 2 diabetes mellitus. *UpToDate*, 2017b.

MCCULLOCH, D. K.; HAYWARD, R. A. Screening for type 2 diabetes mellitus. *UpToDate*, 2016.

MCCULLOCH, D. K.; ROBERTSON, P. Prevention of type 2 diabetes mellitus. *UpToDate*, 2016.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001b.

MIGUELOTE, V. R. S.; CAMARGO JR., K. R. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 190-196, 2010.

MOYER, V. A. Screening for ovarian cancer: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Annals of internal medicine*, v. 157, n. 12, p. 900-904, 2012.

MOYER, V. A. Screening for primary hypertension in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, v. 132, n. 5, p. 907-914, 2013.

MOYNIHAN, R.; GLASSOCK, R.; DOUST, J. Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased., *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 347, p. f4298, 2013.

MURRAY, M.; BERWICK, Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *EUA, Journal of the American Medical Association*, v. 289, n. 8, p. 1035-40, 2003

NELSON, H. D. et al. Screening for Breast Cancer: A Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Evidence Synthesis*, n. 124. AHRQ Publication No. 14-05201-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.

NELSON, H. D. et al. Screening for Gonorrhea and Chlamydia: Systematic Review to Update the US Preventive Services Task Force Recommendations. 2014.

NICE. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITIONS (NICE). Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update). Royal College of Physicians (UK), 2008.

NICE. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITIONS. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. NICE Clinical Guideline 181. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

NICE. National Institute of Clinical Excellence (NICE). Hypertension in adults: diagnosis and management, 2011.

NORMAN, A. Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 10, n. 34, p. 1-3, 2015.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad.

Saúde Pública, v. 25, n. 9, p. 2012-20, 2009.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015.

OGANDO, P. B.; NETO, J. F. L. Entendendo a triagem auditiva neonatal e as causas de perda auditiva na infância. Boletim Científico de Pediatria, v. 1, n. 2, 2012.

OLSON, C. M. et al. Screening for oral cancer: a targeted evidence update for the US preventive services task force. Evidence Synthesis No. 102. AHRQ Publication No. 13-05186-EF-1. Rockville. 2013.

PICKETT K. E., WILKINSON, R. G. Greater equality and better health. BMJ, v. 339, p. b4320, 2009.

PICKETT, K. E.; WILKINSON, R. G. Income inequality and health: a causal review. Social Science & Medicine, n. 128, p. 316-326, 2015.

PIEPOLI, M. F. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European

journal of preventive cardiology, p. 2047487316653709, 2016.

PIPER, M. A. et al. Screening for high blood pressure in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.

PIPPITT, K. et al. Diabetes Mellitus: Screening and Diagnosis. American family physician, v. 93, n. 2, 2016.

PORZSOLT, F. et al. Efficacy and effectiveness trials have different goals, use different tools, and generate different messages. Pragmatic and Observational Research, v. 6, p. 47-54, 2015.

PRASAD, V. et al. Why cancer screening has never been shown to "save lives" - and what we can do about it. BMJ: British Medical Journal (Online), v. 352, 2016.

RACGP. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edn. East Melbourne, Vic: RACGP, 2016.

RAFFLE, A. E.; GRAY, J. A. M. Screening evidence and practice. Oxford: Oxford University, 2007.

RASMUSSEN, K.; JØRGENSEN, K.J.; GØTZSCHE, P.C. Citations of scientific results and conflicts of interest: the case of mammography screening. Evid Based Med, v. 8, n. 3, p.83-9, 2013.

REMBOLD, C M. Number needed to screen: development of a statistic for disease screening., BMJ (Clinical research ed.), v. 317, n. 7154, p. 307-12, 1998.

RIVERIN, B. et al. Rourke Baby Record: Evidence-based infant/child health maintenance guide 2014. Disponível em: <http://www.rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2014Nat_Eng.pdf>. Acesso: em 31 out. 2017.

ROSE, G. Estratégias da medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010.

ROSE, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: El Desafío de la Epidemiología: Problemas y Lecturas Seleccionadas Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, p. 901-909, 1988.

ROSE, G. Sick individuals and sick populations. Bull World Health Organ [online], v. 79, n. 10, p. 32-38, 2001.

ROSE, G. Strategies of prevention: The individual and the population. In: Coronary Heart Disease Epidemiology – From Aetiology to Public Health. New York: Oxford University Press, p. 311-324, 1992b.

ROSE, G. The strategy of preventive medicine. Oxford: OUP, 1993.

Rosenson, R. S. et al. Inherited disorders of LDL-cholesterol metabolism. UpToDate, 2016.

SACKETT, D. The arrogance of preventive medicine. CMAJ, n. 167, p. 363, 2002.

SAMPAIO, L. F.; MENDONÇA, Claunara; JUNIOR, N. Atenção primária à Saúde no Brasil. n: LOPES, J. M.; GUSSO, Gustavo (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTOS, J. A. Breast and testicular self-examinations in cancer screening: a matter of quaternary prevention? Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 10, n. 36, p. 1-6, 2015.

SANTOS, J.A..Autoexamesmamárioetesticularnosrastreamentos oncológicos: uma questão de prevenção quaternária?. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 36, 2015.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010

SHAUGHNESSY, A. F.; SLAWSON, D. C.; BENNETT, J. H. Becoming an information master: a guidebook to the medical information jungle. J. Fam. Pract., v. 39, n. 5, p. 489-499, 1994.

SIONTIS, G. C. M. et al. Comparisons of established risk prediction models for cardiovascular disease: systematic review. BMJ: British Medical Journal, v. 344, p. e3318, 2012.

SIU, A. L. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. USPSTF Recommendation Statement for Interventions for Tobacco Smoking Cessation. Annals of internal medicine, v. 163, n. 8, p. 622-634, 2015.

SIU, A. L. Screening for iron deficiency anemia in young children: USPSTF recommendation statement. Pediatrics, v. 136, n. 4, p. 746-752, 2015.

SLAWSON, D. C.; SHAUGHNESSY, A. F.; BENNETT, J. H. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. J. Fam. Pract., v. 38. n. 5, p. 505-513, 1994.

SOF. Segunda Opinião Formativa. Como deve ser o rastreamento para câncer de mama em mulheres com silicone? Há diferença na orientação sobre o autoexame das mamas? Telessaúde Rio Grande do Sul, 2013.

SOF. Segunda Opinião Formativa. Que outros exames devem ser realizados em pacientes assintomáticos com resultado positivo para pesquisa de sangue oculto nas fezes? Telessaúde Rio Grande do Sul, 2009.

Sokol, H. N. Preventive care in adults: Recommendations.

UpToDate, 2016.

SPENCE, D. Bad medicine: the way we manage diabetes. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, v. 346, 2013.

STANFORD, F. C. et al. Hypercholesterolemia. *Dynamed*, 2017.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*, n. 62, v. 7. p. 580-583, 2008.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? *JAMA*, n. 284, v. 4, p. 483-485, 2000.

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

SUCUPIRA, A. C. S. L. Saúde da Criança. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. (Org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 74.

SWEENEY, K. Science, society, suffering and the self: a commentary on general practice for the twenty first century. *New Zealand Family Physician Journal*, Wellington, v. 32, n. 4, p. 221-224, 2005.

TESSER, C. D.; D'AVILA, T. L. C. É necessário mudar a perspectiva sobre o câncer de mama: afastar o rastreamento e priorizar a

agilidade no diagnóstico e tratamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, eCO020516, 2016b.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-362, dez. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>>. Acesso em: 01 set. 2017.

TESSER, C. D.; D'ÁVILA, T. L. C. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 5, 2016.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, Gastão Wagner. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cad. Saúde Pública*, n. 32, v. 10, p. e00012316, 2016.

TEXTOR, S. Evaluation of secondary hypertension. *UpToDate*, 2015.

THOMAS, D. B. et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J. Natl. Cancer. Inst*, n. 94, v. 19, p. 1445-57, 2002.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Phenylketonuria: Reaffirmation Recommendation Statement. American Family Physician, v. 80, n. 12, p. 1466-1467, 2009.

U.S. Preventive Services Task Force. September 2016. Disponível em: <<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE et al. The UK NSC recommendation on Biotinidase deficiency screening in newborns. 2013. Disponível em: <<https://legacyscreening.phe.org.uk/biotidinasedeficiency>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE et al. The UK NSC recommendation on congenital adrenal hyperplasia screening in newborns. 2016. Disponível em: <<https://legacyscreening.phe.org.uk/congenitaladrenalhyperplasia>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE. Screening in the UK: making effective recommendations 2015 to 2016. London: UK National Screening Committee, 2016.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF) et al. Final recommendation statement: human immunodeficiency virus (HIV) infection: screening. 2013.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al. Screening for developmental dysplasia of the hip: recommendation statement. Pediatrics, v. 117, n. 3, p. 898-902, 2006.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al. Vision screening for children 1 to 5 years of age: US Preventive Services Task Force Recommendation statement. Pediatrics, v. 127, n. 2, p. 340-346, 2011.

USPSTF. Screening for syphilis infection in pregnancy: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med, v. 150, p. 705-709, 2009

Venkataraman, S.; SLANETZ, P. J. Breast imaging for cancer screening: Mammography and ultrasonography. UpToDate, 2016.

Vijan, S. Screening for lipid disorders in adults. UpToDate, 2016.

WANG, B. et al. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anaemia. The Cochrane Library, 2013.

WELCH, H. G. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011.

WELCH, H. G. Should I be tested for cancer? Maybe not and here's why. Berkeley: University of California Press, 2004.

WELCH, H. G.; ALBERTSEN, P. C. Prostate cancer diagnosis and treatment after the introduction of prostate-specific antigen

screening: 1986–2005. Journal of the National Cancer Institute, v. 101, n. 19, p. 1325-1329, 2009.

WELCH, H. G.; BLACK, W. C. Overdiagnosis in cancer. J. Natl. Cancer Inst., v.102, n. 9, p. 605-13, 2010.

WELCH, H. G.; FISHER, E. S. Income and Cancer Overdiagnosis – When Too Much Care Is Harmful. N. Engl. J. Med. v. 376, n. 23, p. 2208-2209, 2017.

WERNLI, K. J. et al. Screening for skin cancer in adults: an updated systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Evidence synthesis n. 137. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD), 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on diabetes. 2016.

WIERZBICKI, A. S. et al. Familial hypercholesterolaemia: summary of NICE guidance. BMJ: British Medical Journal, v. 337, 2008.

WILKINSON, J. et al. Preventive services for children and adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement, 2012.

WILKINSON, R. G.; PICKETT, K. The spirit level: why more equal societies almost always do better. London: Penguin, 2009.

WILSON, P. W.; CULLETON, B. F. Estimation of cardiovascular risk in an individual patient without known cardiovascular disease.

UpToDate Textbook of Medicine. Waltham, MA: Massachusetts Medical Society, and Wolters Kluwer publishers, 2010.

WILSON, Peter W. F. Overview of the risks equivalent and established risk factors for cardiovascular disease. UpToDate, 2015.

WISE, J. Breast screening benefits have been overstated, Danish study finds. BMJ: British Medical Journal (Online), v. 356, 2017.

WOLLMANN, A. et al. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Cartilha Acesso Avançado, Curitiba, 2014. Disponível em: <http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf>.

WOOD, D. E. et al. Lung cancer screening, version 1.2015. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2015.

YUDKIN, J. S.; MONTORI, V. M. Too Much Medicine: The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics. The BMJ, v. 349, 2014.

Armando Henrique Norman

Médico de família e comunidade com doutorado pela Durham University na área de Antropologia Médica. Trabalha como supervisor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS/RJ). Temas de interesse: Pagamento por Performance (P4P), Prevenção Quaternária (P4), Medicalização Social, Rastreamento, Medicina de Família e Comunidade (MFC), Atenção Primária à Saúde (APS), Medicina Preventiva e Medicinas Complementares (Homeopatia).

Currículo Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/3811820261217653>

Charles Dalcanale Tesser

Médico com doutorado em Saúde Coletiva, professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com pós-doutorado no Centro de Estudos Sociais associado à Universidade de Coimbra, voltado ao tema da prevenção quaternária. Tem experiência de trabalho e ensino/extensão/pesquisa em educação e prática médica e organização de equipes de atenção primária à saúde (Saúde da Família) e educação permanente, e também em medicinas alternativas e complementares nesse contexto.

Currículo Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/0146180240654049>

Minicurrículo dos autores

Marina Galhardi

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2011, e residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, em 2014. Atualmente é médica de família e comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis e preceptora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atua também na diretoria da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade (ACMFC), entidade científica e representativa dos médicos de família e comunidade do estado.

Currículo Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/0133595696240009>

Nuno de Mattos Capeletti

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atualmente trabalha na Prefeitura Municipal de Florianópolis, sendo também preceptor na Residência de MFC por esta instituição e Supervisor na Disciplina de Interação Comunitária da UFSC.

Currículo Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/9831355948038512>

Ronaldo Zonta

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) 2005/2, e residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre/RS 2008. Atualmente é médico de família e comunidade da Prefeitura municipal de Florianópolis/SC. Atua como coordenador pedagógico do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMSFlorianópolis, como guideline leader e lead trainer do Projeto PACK Brasil Adulto em Florianópolis e

Minicurrículo dos autores

Coordenador do Departamento de Gestão da Clínica da SMS-Florianópolis. Tem experiência e atua, principalmente, nos seguintes temas: educação de profissionais de saúde, habilidades de comunicação clínica, saúde coletiva, medicina de família e comunidade, estratégia saúde da família, humanização em saúde, gestão de coletivos para o trabalho em saúde, planejamento estratégicosituacional, medicina baseada em evidências e construção de protocolos clínico-assistenciais.

Currículo Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/0993619602961230>

Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

